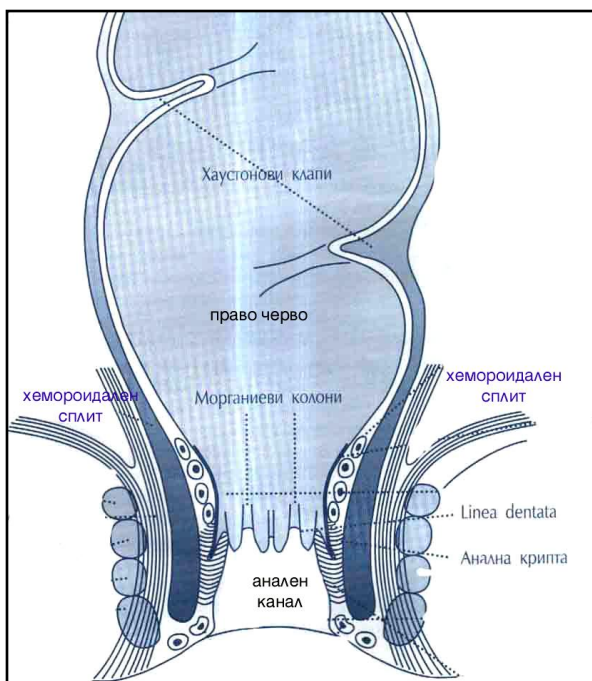


КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВАТ ХЕМОРОИДИТЕ?

Според статистически данни до 80% от хората над 30-годишна възраст страдат поне веднъж в живота си от клинични прояви на хемороидална болест. Заболяването е широко разпространено, като типичната хронично-рецидивираща и прогресираща форма засяга до 35% от населението, а във възрастовата група над 50 години честотата му достига стойности над 50%.

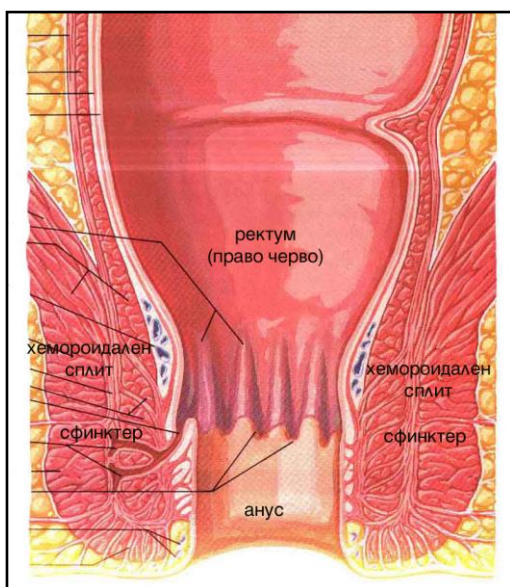


Хемороидите са нормални венозни разширения, свързани помежду си в мрежа, наричана хемороидален сплит (фиг. 1), който е разположен под лигавицата на правото черво и ануса (фиг. 2). Хемороидите играят роля на съдови “възглавнички”, които в покой предизвикват механично, фино и плътно затваряне на аналния канал заедно с външния и вътрешния анални сфинктери (фиг. 3). Те са нормална анатомична структура с определена нормална физиологична функция, като употребата на термина само за означаване на болест е неточна.

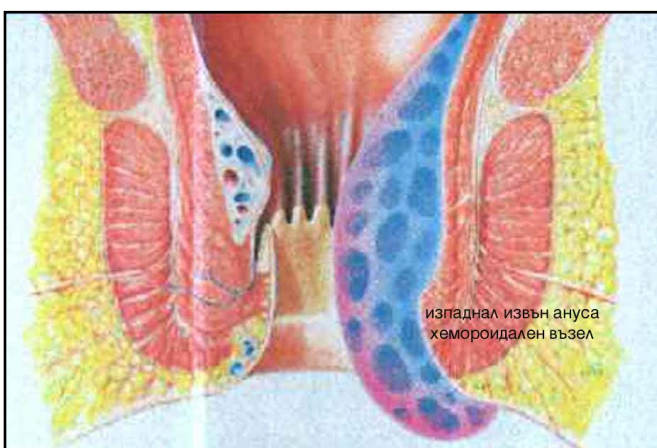
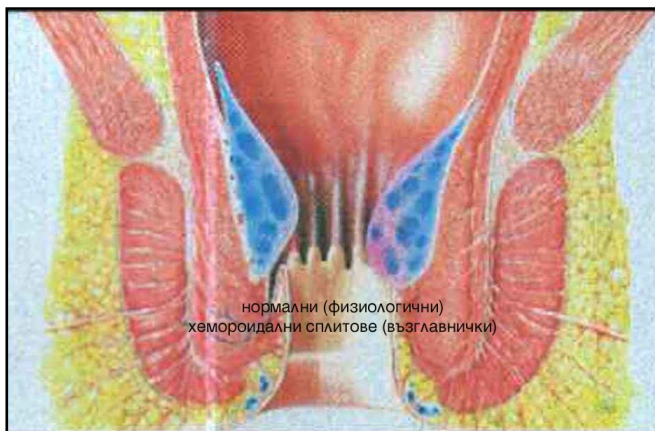
Термините “вътрешни хемороиди” и “външни хемороиди”

според редица автори, а и според нас е неточно. Всъщност “външните

хемороиди” представляват изпадащи извън ануса вътрешни хемороиди (фиг. 4), перианални тромбози на външния плексус или кожни дупли. Въпреки това в текста ще използваме понятията, изброени по-горе с неправилното им според нас значение поради тяхната широко утвърдена гражданственост.



За клинично изяви хемороиди или хемороидална болест се говори, когато вследствие действието на различни фактори се проявят разширения на вените със съответните патологични симптоми. Разпределението на болестта между мъжкия и женския пол е около 5:3. Социално-икономическите фактори,



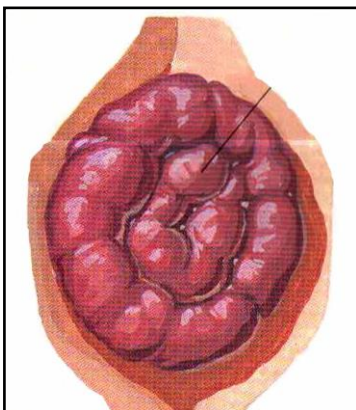
като диета с храна бедна на баластни вещества, хиподинамията, определени професии (шофьори, чиновници и др. свързани със седене) рефлектират в по-голяма честота на заболяването при народите в Северна Европа и Северна Америка. Значение има и генетично предразположение при вродена съединителнотъканна слабост с непълноценност на колагена, което често се изявява и с варикозни промени по крайниците, развитие на хернии и халтавост на ставите. Напредналата възраст със съответните дегенеративни промени на съдовата стена, запек и отпускане на коремната преса също водят до развитие на болестта. Предразполагащ фактор

представлява и повишеното вътрекоремно налягане при бременност, хронична обстипация, ХОББ и тежки физически усилия. При развитието на чернодробна цироза, асцит или неоплазми вследствие повишеното налягане в коремната кухина се развива вторично хемороидална болест.

Възпалението на аналната лигавица и сърбежа в областта на ануса обикновено са началните прояви на болестта. Появяват се също влажност и изпотяване със зацапване на бельото. Кървенето обикновено е необилно и по изключение масивно. Кръвта е с яркочервен цвят и изтича на капки след дефекацията. При продължителност на страданието понякога пациентите имат изразена до тежкостапанна анемия. Болката се проявява при настъпване на усложнения. Хемороидалната болест има бавна продължаваща с години хронично-рецидивираща и прогресираща еволюция.

Болестта има четири стадия представени в таблицата по-долу:

СТАДИИ	МОРФОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА
I – ви стадий	Хипертрофични възли в аналния канал, локализиращи над <i>linea dentata</i> .
II – ри стадий	Хеморидални възли, разположени под <i>linea dentata</i> , но не достигащи <i>linea anocutanea (LAC)</i>
III – ти стадий	Възлите достигат <i>LAC</i> , изпадат от ануса по време на акт на дефекация, но се прибират спонтанно.
IV – ти стадий	Наличие на лигавичен пролапс и хеморидални възли извън <i>LAC</i> , налагащи репониране с пръсти след дефекация.



УСЛОЖНЕНИЯТА:

Продължителната, макар и необилна кръвозагуба в отделни случаи може да доведе до тежкостепенна анемия и съответните хипоксични прояви от страна на сърцето, мозъка, останалите вътрешни органи и мускулатурата. Често усложнение е тромбозата на хеморидален възел (фиг. 5) с персистираща пареща болка, усилваща се при акта на дефекация и закъснен извън сфинктера, опипващ се плътен болезнен възел. Болезненият спазъм на сфинктерния апарат при тромбоза и странгулиране на хеморидален възел често става причина за образуване на анални фисури, което отключва

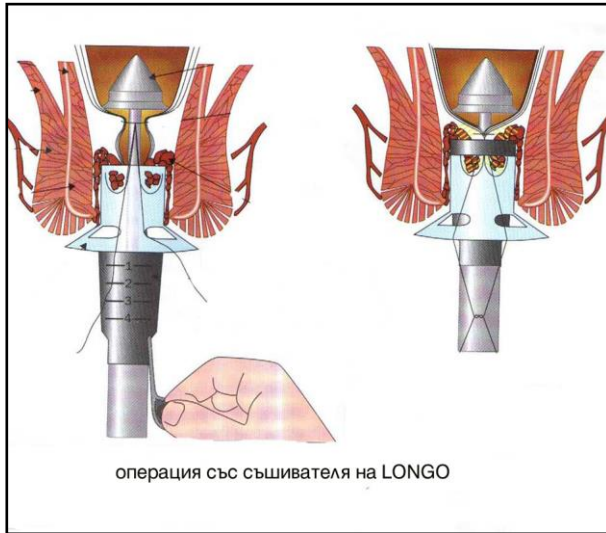
порочен кръг болка-спазъм-болка. Възпалението на проктодеалните жлези, понякога еволюира в остри парапроктити - остър гноен процес. Неправилно проведеното лечение на абсцеса довежда до развитието на хроничен фистулозен парапроктит с отваряне на гнойни фистули.

ЛЕЧЕНИЕ: Консервативната терапия на хеморидалната болест включва диета, хигиенен и двигателен режим, седящи бани с антисептични разтвори с хладка вода, локално и системно приложение на различни медикаменти укрепващи съдовата стена.

Миниинвазивните, най-често амбулаторни манипулации като поставянето на ластични лигатури, дилататорния на Lord, криодеструкцията на възлите, склерозацията чрез инфрарот, биполарна диатермия и YAG-лазер се причисляват към палиативното лечение. **Тези методи на лечение не водят до радикално излекуване в напредналите стадии (III-IV) на заболяването и рано или късно са последвани от рецидиви!** Хеморидалната болест в III-ти и IV-ти стадий и симптоматичните хемороиди във всички стадии, след неуспех от консервативното лечение подлежат на оперативно лечение.

Радикалното оперативно лечение на хемороидите се извършва патогенетично съгласно принципа за прекъсване на артериалното кръвоснабдяване на сплита. Тук спадат класическите операции: хеморидектомия по *Whitehead*, по *Milligan-Morgan* и ексцизията на анални хематоми по *Langenbeck*. Съвременен метод е *H. A. L. (Hemorrhoid Artery Ligation)* или неговата модификация *T.H.D. (Trans-anal Hemorrhoidal De-arterialisation)*. Чрез специален проктоскоп с вграден трансдюсер за

доплерсонография се открива местата на хемороидалните артерии и те се



лигират с прошивни лигатури през специален прозорец на проктоскопа. Предимствата са - малък обем на интервенцията, липса на рязане и изрязване, както и значително намалената или практическа липса на следоперативна болка. Друг съвременен метод е този на Longo (фиг. 6). Той се прилага с помощта на механичен съшивател, като чрез отстраняване на циркулярен сегмент от ректалната лигавица в областта над *linea dentata* се изтеглят изпадналите хемороиди.

В механичният шев се лигират основните клонове на хранещите хемороидите артерии. Методът е ефективен при хемороиди в III и IV-ти стадий, както и при анален мукозен пролапс.

ПРЕПОРЪКИ: При пациенти с хемороидална болест поведението би трябвало да следва следната схема:

1. Преглед от хирург за верифициране на диагнозата с определяне стадия на заболяването.

2. Диференциална диагноза на хемороидалната болест с вторични хемороиди или друга причина за кървене от ануса. **При най-малкото съмнение за злокачествено заболяване пациента се насочва за ендоскопско изследване: проктоскопия, ректороманоскопия или фиброскопско изследване на дебелото черво!**

3. Отхвърляне или потвърждаване на налични усложнения. **При установяване на усложнение на пациента се разяснява състоянието му, като препоръчва незабавно лечение от специалист хирург, а при усложнения от страна на други органи и системи и консултации с други специалисти!**

4. При наличие на хемороидална болест I-ви и II-ри стадий се правят разяснения за естеството на заболяването, неговата прогресираща еволюция и усложнения. Дават се препоръки за двигателен, хигиенен и диетичен режим и съответното консервативно медикаментозно лечение.

5. При наличие на добре изразен II-ри, III-ти или IV-ти стадий, се препоръчва хирургическо лечение, като се разясняват и възможностите за съкращаване на срока на нетрудоспособност при съвременните методи.

Автор: Доцент Д-р Михаил Радионов, д. м.