

Современная тактика лечения острого геморроя

Е.А. ЗАГРЯДСКИЙ

Общество с ограниченной ответственностью «ОН КЛИНИК»: 121069, Россия, г. Москва, ул. Большая Молчановка, д. 32, стр. 1

Информация об авторе:

Загрядский Евгений Алексеевич – д.м.н., профессор, член Ассоциации колопроктологов России, заведующий отделением проктологии ММЦ «ОН КЛИНИК»; e-mail: proctolog52@rambler.ru

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена актуальной проблеме роста распространенности геморроидальной болезни в современном обществе. Подробно описан патогенез заболевания и клинические проявления геморроя. Особое внимание уделено диагностическим мероприятиям по выявлению заболевания и терапии, включающей диету, налаживание работы кишечника, нормализацию микроциркуляции в системе геморроидальных сплетений при назначении флеботропных препаратов. Среди них важное место занимают комбинированные топические препараты, оказывающие тромболитическое, противовоспалительное и гемостатическое действие.

Ключевые слова: геморрой, нарушение гемодинамики в системе геморроидального сплетения, дистрофические нарушения в связочном аппарате геморроидального сплетения, лечение, комбинированные препараты

Для цитирования: Загрядский Е.А. Современная тактика лечения острого геморроя. *Амбулаторная хирургия*. 2019;1-2:112-117. DOI: <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2019-1-2-112-117>

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Modern treatment of acute hemorrhoids

Evgeny A. ZAGRYADSKY

ONCLINIC Limited Liability Company 121069, Russia, Moscow, Bolshaya Molchanovka St, 32, Bldg. 1

Author credentials:

Zagryadsky Evgeny Alekseevich, Dr. of Sci. (Med.), Professor, member of the Association of Coloproctologists of Russia, Head of Proctology Department of ON CLINIC International Medical Center; e-mail: proctolog52@rambler.ru

ABSTRACT

The article is devoted to the topical issue of increasing prevalence of hemorrhoid disease in modern society. It provides the detailed description of pathogenesis of the disease and clinical manifestations of hemorrhoids. Particular attention is paid to diagnostic tests and procedures that help physicians to diagnose a disease and choose a therapy, including diet, improvement of bowel habits and function, normalization of the blood flow rate in haemorrhoidal plexuses by prescription of phlebotropic drugs. Among them, the combined topical drugs that have a thrombolytic, anti-inflammatory and hemostatic effect hold pride of place in the treatment of hemorrhoid disease.

Keywords: hemorrhoids, impaired hemodynamics of hemorrhoidal plexus, dystrophic changes in the ligamentous apparatus of the hemorrhoidal plexus, treatment, combined drugs

For citing: Zagryadsky E.A. Modern treatment of acute haemorrhoids. *Ambulatsionnaya khirurgiya*. 2019;1-2:112-117. DOI: <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2019-1-2-112-117>

Conflict of interest: The author declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Геморрой является наиболее распространенной анальной патологией. Удельный вес геморроя среди болезней прямой кишки составляет от 34 до 41% [22–24]. Однако точная частота этого заболевания не может быть оценена, т.к. многие пациенты переносят обострение геморроя, не обращаясь за медицинской консультацией к врачам-колопроктологам, полагаясь на препараты, которые свободно продаются

в аптеках. Несмотря на достигнутые успехи в понимании патогенеза заболевания и совершенствование методов лечения, проблема терапии геморроидальной болезни остается актуальной в связи с ее растущей распространенностью. Отмечен рост заболеваемости геморроем среди взрослого населения в Южной Корее и Австрии, который составляет 14,4% [20] и 38,9% [22] соответственно. Аналогичная тенденция роста заболеваемости прогнозируется у британцев и американцев

[13]. В Российской Федерации в структуре колопроктологических заболеваний геморроидальная болезнь составляет от 34 до 41% [2]. В связи с этим лечение пациентов с геморроидальной болезнью остается актуальной проблемой.

ПАТОГЕНЕЗ

Благодаря исследованиям Л.Л. Капуллера, В.Л. Ривкина (1976) [8], Г.И. Воробьева и соавт. (2002) [2], F.C. Stelzner (1963) [28], W.H. Thomson 1975 [29], F. Aigner et al. (2004) [11] установлено, что ведущими патогенетическими факторами развития геморроя являются нарушение гемодинамики в системе геморроидального сплетения и развитие дистрофических нарушений в связочном аппарате геморроидального сплетения. В основе первого лежит дисфункция сосудов, приводящая к усиленному притоку артериальной крови и уменьшению оттока по кавернозным венам, что приводит к увеличению размеров кавернозных телец и развитию геморроидальных узлов. Вторым ведущим фактором является развитие дистрофических процессов в продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, расположенной в межсфинктерном пространстве анального канала. Под действием неблагоприятных факторов происходит увеличение размеров геморроидальных узлов, их смещение в дистальном направлении и в конечном итоге выпадение из анального канала. В основном эти нарушения отмечаются в группах высокого риска, к которым относятся люди, занимающиеся тяжелым физическим трудом, страдающие запорами либо упорными поносами, а также пациенты «сидящих профессий» (шоферы, пилоты, программисты).

Причины тромбоза геморроидальных узлов недостаточно изучены, несомненно, что патология внутреннего геморроидального сплетения является предрасполагающим фактором. При остром геморрое нарушается отток крови из внутреннего геморроидального сплетения. Кроме трансфинктерного пути оттока, по которому нарушен отток крови вследствие спазма внутреннего сфинктера, кровь от этой зоны оттекает по венам подслизистого слоя ампулы прямой кишки. При повышении давления в просвете прямой кишки отток по нему затрудняется, что приводит к застою крови в наружном геморроидальном сплетении, отеку геморроидальных узлов, их выпадению при дефекации, кровотечениям и тромбозу [14].

ФАКТОРЫ РИСКА

К числу этиологических факторов риска развития геморроя относятся ожирение и беременность [19]. Одним из факторов риска развития геморроя являются запоры

и длительное натуживание при дефекации. Эвакуации твердого калового комка требует усиления потуги, вызывая повышение внутрибрюшного давления, приводя к усилению артериального притока к внутреннему геморроидальному сплетению и, как следствие, затруднению венозного оттока, провоцируя дилатацию геморроидального сплетения и сдвиг «геморроидальной подушки» [20, 21]. Особенности питания и образа жизни, включая диету с низким содержанием клетчатки (рафинированная западная диета), острую пищу и злоупотребление алкоголем, приводят к развитию геморроя и обострению заболевания [15, 24].

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Для геморроя характерны два основных симптома, которые приводят пациента к врачу, – эпизоды кровотечения и выпадение узлов из анального канала. Реже отмечаются боли после дефекации, анальный зуд, чувство дискомфорта в анальном канале, выделение слизи. Под маской геморроя, особенно при выделении крови из прямой кишки, нередко протекают такие заболевания, как полипы и колоректальный рак. Поэтому при любых проявлениях кишечного дискомфорта и особенно при выделении крови из прямой кишки необходимо проведение ее пальцевого исследования, ректоскопии, колоно- или ирригоскопии. Тромбоз геморроидальных узлов встречается достаточно часто, может проявляться в виде тромбоза наружных или внутренних узлов либо их сочетанием.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ГЕМОРОЯ

Национальные клинические рекомендации (2015) [10] выделяют следующие формы острого геморроя по стадиям клинического течения:

1. Тромбоз узлов без воспалительной реакции (*рис. 1*).
2. Тромбоз узлов с их воспалением (*рис. 2*).
3. Тромбоз узлов с их воспалением и переходом воспаления на подкожную клетчатку, с отеком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки узлов (*рис. 3*).

Некоторые авторы – Thomson (1982), P. Buchmann (1994) выделяют следующие формы острого геморроя: изолированный перианальный тромбоз (перианальная гематома) и диффузный тромбоз, когда множество расширенных вен заполнены тромбами [14, 25, 27, 29].

Следует также принять во внимание, что под острым течением заболевания необходимо понимать профузное, обильное кровотечение из внутренних геморроидальных узлов, требующее срочной госпитализации пациента в стационар для остановки кровотечения и проведения корректирующей терапии [10].

РИСУНОК 1. Тромбоз узлов без воспалительной реакции
FIGURE 1. Thrombosed hemorrhoids without signs of inflammation



РИСУНОК 2. Тромбоз узлов с их воспалением
FIGURE 2. Thrombosed hemorrhoids with signs of inflammation



РИСУНОК 3. Тромбоз узлов с их воспалением и переходом воспаления на подкожную клетчатку, с отеком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки узлов
FIGURE 3. Thrombosed hemorrhoids with signs of inflammation and the extent of inflammation to the subcutaneous tissue, causing perianal skin swelling and necrosis of the hemorrhoid mucosa.



◆ ДИАГНОСТИКА ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО ТРОМБОЗА

Тромбоз наружных геморроидальных узлов

Диагностика проводится на основании визуального обследования перианальной кожи. В типичном случае пациенты обращаются с постоянной болью, или появившейся внезапно и наличием плотного болезненного образования в перианальной зоне. Отмечено, что зоны тромбоза чаще всего проецируются на расположенные внутренние геморроидальные узлы. При осмотре определяются увеличенные, напоминающие вишню

наружные геморроидальные узлы с тромбированной подкожной веной.

Тромбоз внутренних геморроидальных узлов

При тромбозе внутренних геморроидальных узлов диагноз ставится на основании данных пальцевого исследования и визуального осмотра. При осмотре виден увеличенный в размерах, выпавший из анального канала один (или несколько) тромбированный внутренний узел. Тромбированный узел определяется в виде плотного синюшного образования. Как правило, тромбоз внутренних узлов сопровождается значительным отеком кожи перианальной области. Однако необходимо помнить, что острый тромбоз может сочетаться с анальной трещиной, а также с опухолями нижнеампулярного отдела прямой кишки, поэтому необходимо всегда производить пальцевое исследование анального канала и прямой кишки. В связи с болевым синдромом исследование должно проводиться после обработки анального канала обезболивающими, анестезирующими мазями. В некоторых случаях, когда в анальном канале не виден тромбированный внутренний узел, можно использовать детский ректоскоп для визуального осмотра ампулы прямой кишки. Болевой синдром в заднем проходе следует дифференцировать со следующими заболеваниями (табл. 1).

◆ ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение преследует несколько целей:

- купирование симптомов острого геморроя;

ТАБЛИЦА 1. Дифференциальная диагностика болей в заднем проходе и перианальной области
TABLE 1. Differential diagnosis of pain in anus and perianal region

| Локализация боли | Продолжительность боли | Дифференциальный диагноз |
|---------------------------------|----------------------------|---|
| В заднем проходе | Постоянная | Парапроктит Тромбоз наружных геморроидальных узлов Аногенитальный герпес |
| В заднем проходе | Во время и после дефекации | Анальная трещина Межфинктерный абсцесс Первичный сифилис Язва анального канала (болезнь Крона) |
| В заднем проходе и прямой кишке | Постоянная | Тромбоз внутренних геморроидальных узлов Проктит, криптит, папиллит Межфинктерный абсцесс Рак прямой кишки с прорастанием в клетчатку Идиопатический анакопчиковый болевой синдром Язва анального канала (болезнь Крона) |

- предотвращение осложнений;
- профилактику обострения при хроническом течении;
- предоперационную подготовку;
- послеоперационную реабилитацию.

Модификация образа жизни

Изменение образа жизни должно быть предложено пациенту при любой стадии геморроидальной болезни – это и основа лечения, и мера профилактики обострения. Эти изменения включают нормализацию питания в зависимости от характера превалирующих симптомов заболевания. Употребление алкоголя, острой пищи и кофе должно быть запрещено, чтобы избежать расстройства работы желудочно-кишечного тракта.

◆ ДИЕТА И НОРМАЛИЗАЦИЯ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА

При склонности к запорам рекомендуют диету – стол №3 [5]. Пациентам со склонностью к диарее, которая может иметь различный тип (гиперосмолярная или гипер- и гипокинетическая), можно рекомендовать либо стол № 5, либо стол № 4б или 4в [5]. Диету, богатую пищевыми волокнами, следует дополнять приемом пшеничных отрубей или пищевыми добавками, содержащими пищевые волокна.

Цель лечения: устранение болевого синдрома, восстановление нормальной функции кишечника, устранение воспаления в ткани тромбированного узла, тромболитическое воздействие на тромбированные узлы, улучшение микроциркуляции в кавернозных образованиях, уменьшение хрупкости стенок капилляров, повышение тонуса кавернозных вен.

Режим. При изолированном тромбозе перианальной области, не сопровождающемся перианальным отеком, как правило, не требуется постельного режима.

В случае тромбоза внутренних или наружных геморроидальных узлов, сопровождающегося перианальным отеком, режим должен быть постельным, с освобождением пациента от работы.

Устранение болевого синдрома

Эффективно воздействуют на болевой синдром нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): кеторолака трометамин, кетопрофен, лорноксикам и др. Эффективны комбинированные спазмоанальгетики (баралгин, вералган, спазмовералгин, спазмалгон). Длительность приема определяется длительностью болевого синдрома.

Антибактериальная терапия. Антибактериальная терапия показана в случае наличия перифокального воспаления. Больным назначают пероральные (ципрофлоксацин) или парентеральные антибиотики (цефазолин, оксациллин, цефатоксин и др.) в течение 5–7 сут.

◆ НОРМАЛИЗАЦИЯ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА

Пищевые волокна

В пищевом рационе многих пациентов с геморроем снижено потребление пищевых волокон, особенно в осенне-зимний период года. Пищевые волокна содержатся в растениях, состоят из трудно перевариваемых углеводов, целлюлозы, гемицеллюлозы и лигнина. В результате микробного метаболизма образуются короткоцепочечные жирные кислоты (КЖК), задерживающие в просвете кишки воду [6]. Благодаря высокой гидрофильной способности пищевых волокон они регулируют консистенцию стула, увеличивают его массу и ускоряют продвижение кишечного содержимого по толстой кишке, уменьшая потуги при дефекации. Вследствие этого пролапс геморроидальных узлов уменьшается, прекращаются эпизоды кровотечений. Наиболее часто используются пшеничные отруби.

Пшеничные отруби. Суточная доза отрубей подбирается индивидуально. Может варьировать от 15 до 80 г (от 1 до 6 ст. ложек) [7]. Следует отметить, что в некоторых случаях применения отрубей наблюдается парадоксальный эффект в виде усиления запоров. Это может быть связано либо с неправильным применением отрубей, либо с неверно подобранной их дозой. Пшеничные отруби следует заливать кипятком и через 30–60 мин добавлять в кефир или питьевой йогурт.

Пищевые волокна можно потреблять в виде готовых препаратов на основе оболочки семян подорожника – *Plantago ovata* (подорожник овальный, подорожник индийский), например мукофалька и фитомуцила.

Мукофальк содержит стандартизованную дозу медленно ферментируемой фракции псиллиума. Рекомендуемая доза препарата – 10–15 г (2–3 пакетика), а при диарее – 5–10 г (1–2 пакетика) в сутки. Рекомендуют два варианта применения препарата: первый – один пакетик (5 г) мукофалька растворяют в стакане холодной воды (150 мл), выпивают и запивают еще одним стаканом воды; второй – мукофальк растворяют в стакане теплой воды и выстаивают до образования желеобразной массы, которую съедают. Мукофальк можно растворять не только в воде, но и в другой жидкости (кефир, молоко, питьевой йогурт, минеральная вода, сок и т. д.) [4].

Фитомуцил-норм состоит из шелухи семян подорожника (*Plantago Psyllium*) 4,5 г и мякоти плодов сливы домашней (*Prunus Domestica*) 0,5 г. Прием препарата рекомендован утром через час после завтрака и вечером через час после ужина.

Необходимо отметить, что в некоторых случаях прием пшеничных отрубей, а также мукофалька и фитомуцила может сопровождаться формированием плотного стула, что свидетельствует о неадекватном питьевом режиме, вследствие этого растительные волокна поглощают жидкость из кишечника и усиливают запор. Для успешного действия пищевых волокон требуется потребление 1,5–2 л жидкости в сутки (соки, минеральная вода, чай и пр.). Прием препаратов следует начинать с минимальной дозы 5–10 г в день. В зависимости от клинического эффекта следует либо увеличивать дозу препарата, либо комбинировать препарат с осмотическими слабительными.

Осмотические слабительные. Препараты этой группы содержат невсасывающиеся ионы или молекулы, которые создают осмотический градиент в полости кишки и таким образом задерживают воду в кишечнике, поддерживая в полости кишечника осмотическое с плазмой давление. Задержка воды в кишечнике способствует размягчению каловых масс, их продвижению и улучшению пропульсивной волны.

К осмотическим слабительным относятся лактулоза и полиэтиленгликоль.

Лактулоза, повышая осмотическое давление в кишечнике и снижая внутрикишечный pH, способствует задержке жидкости, разжижению химуса, увеличению его объема и активации перистальтики [3]. Послабляющее действие лактулозы наступает обычно через 6–8 ч, дозу подбирают индивидуально в пределах 15–30 г (1–2 дес. ложки).

Макрогол-4000 и Макрогол-3350 также относятся к осмотическим слабительным. Высокомолекулярный макрогол не абсорбируется, не метаболизируется, образуя водородные связи с молекулами воды в просвете кишки, увеличивает содержание жидкости в химусе, стимулирует механорецепторы, улучшая перистальтику кишечника и нормализуя дефекацию. Препарат назначают на ночь по 10–20 г, его предварительно растворяют в воде.

● НОРМАЛИЗАЦИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В СИСТЕМЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ СПЛЕТЕНИЙ

Основой общей терапии геморроя является применение флеботропных препаратов на основе биофлавоноидов, позволяющих восстановить микроциркуляцию в системе геморроидального сплетения. Флеботоники активны *in vitro*, однако их общим свойством является плохая растворимость в воде, что препятствует всасыванию в желудочно-кишечном тракте. Эталонным флеботропным препаратом является препарат Детралекс («Лаборатории Сервье»). Основой препарата является микронизированная очищенная флавоноидная фракция (МОФФ), содержащая 90% диосмина (диосметин-7-рамноглюкозида) и 10% других флавоноидов (гесперидин, диосметин, линарин и изорхоифолин), которые определяются как гесперидин. Благодаря микронизации и синергизму действия диосмина и гесперидина препарат в 2 раза быстрее всасывается из желудочно-кишечного тракта. Препарат действует преимущественно на венозное русло, уменьшая венозную застой и выраженность отека путем уменьшения проницаемости капилляров, изменения диаметра лимфатических сосудов и снижения давления в них. Благодаря этому повышается тонус вен и прочность капилляров. Комплексный механизм действия Детралекса позволяет воздействовать на процессы, лежащие в основе проявлений острого геморроя, а также сводить к минимуму вероятность развития тромбоза геморроидальных узлов при хроническом течении геморроя [1, 12, 16–18, 20, 25, 26, 31].

Местное тромболитическое воздействие

В качестве препаратов для местного тромболитического и противовоспалительного воздействия

обычно используются препараты на основе гепарина или в комплексе с глюкокортикостероидами, также препараты на основе экстракта гинкго билоба в комплексе с бутиламинобензоатом, комбинированный препарат трибенозид с лидокаином. При лечении острого геморроя целесообразно использовать препараты с комплексным воздействием, например препарат трибенозид с лидокаином. Трибенозид уменьшает проницаемость капилляров и улучшает сосудистый тонус, является антагонистом некоторых эндогенных аминов, выполняющих роль медиаторов воспаления и боли. Лидокаин оказывает местноанестезирующее действие. Препарат вызывает быстрое ослабление симптомов, вызванных геморроем (боль, зуд, отек кожи), выпускается в двух лекарственных формах (крем и свечи), что очень удобно, т.к. при лечении острого геморроя

следует использовать одновременно и свечи, и крем. Кроме этого, препарат разрешен для лечения беременных и кормящих [9].

Профилактика острого геморроя

Провоцирующими факторами могут быть запоры и другие нарушения, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления (табл. 2).

Причины развития острого тромбоза геморроидальных узлов достаточно изучены, геморрой является предрасполагающим фактором его развития. В связи с этим меры профилактики должны быть направлены на улучшение оттока крови из геморроидальных сплетений. Повышение давления в просвете прямой кишки нарушает отток из геморроидального сплетения, что приводит к отеку сплетения, выпадению при дефекации геморроидальных узлов, кровотечению и тромбозу узлов. Таким образом, ключевым моментом профилактики является снижение давления в просвете прямой кишки. Для этого пациенты должны соблюдать диету, богатую пищевыми волокнами, избегать подъема тяжестей, малоподвижного образа жизни. С целью профилактики рецидива заболевания необходимо своевременное лечение геморроя. Тактика лечения определяется стадией заболевания. Малоинвазивные методы лечения геморроя применяются при I–III стадии, у пациентов с IV стадией проводится геморроидэктомия [10].



ТАБЛИЦА 2. Важнейшие факторы риска развития острого геморроя
TABLE 2. Major risk factors for acute hemorrhoids

| | |
|--|---|
| Недостаточное количество пищевых волокон в диете Сидячий, малоподвижный образ жизни Горячие ванны Ожирение Курение | Запоры Тяжелая диарея Длительный кашель Натуживание при дефекации Подъем тяжестей Беременность (особенно последний триместр) Роды |
|--|---|

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Благодарный Л.А. Преимущества системной фармакотерапии при лечении геморроя. *Cons. Provis.* 2002;2(8):13-15. [Blagodarny L.A. The benefits of systemic pharmacotherapy in the treatment of hemorrhoids. *Cons. Provis.* 2002;2(8):13-15.] (In Russ).
- Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: Митра-Пресс, 2002. 192 с. [Vorobiev G.I., Shelygin Yu.A., Blagodarny L.A. Hemorrhoids. M.: Mitra-Press, 2002. 192 p.] (In Russ).
- Вялов С.С. Хронический запор: этиология и возможности терапии. *Гастроэнтерология.* 2015;12(113):42-49. [Vyvalov S.S. Chronic constipation: etiology and treatment options. *Gastroenterologia.* 2015;12(113):42-49.] (In Russ).
- Головенко О.В., Михайлова Т.Л., Головенко А.О. Применение пищевых волокон из семян подорожника (псилиум) в гастроэнтерологии и колопроктологии: пособие для врачей ФГУ «ГНЦ колопроктологии» Минздрава России, М.: 4ТЕ Арт, 2010. 28 с. [Golovenko O.V., Mikhailova T.L., Golovenko A.O. The use of dietary fiber from the seeds of plantain (psyllium) in gastroenterology and coloproctology: a manual for physicians of State Scientific Center for Coloproctology of the Ministry of Health and Social Development of Russia, M.: 4TE Art. 2010. 28 p.] (In Russ).
- Дремова Н.Б., Иноземцева М.М., Зайцев В.Г., Воробьев Г.И. Фито- и диетотерапия в проктологии. Курск, 1993. 112 с. [Dremova N.B., Inozemtseva M.M., Zaitsev V.G., Vorobyev G.I. Phyto- and diet therapy in proctology. Kursk, 1993. 112 p.] (In Russ).
- Парфенов А.И. Три варианта патогенеза и терапии хронических запоров. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2012;3:7-19. [Parfenov A.I. Three variants of pathogenesis and treatment of chronic constipation. *Ekspierimentalnaya i Klinicheskaya Gastroenterologiya.* 2012;3:7-19.] (In Russ).
- Парфенов А.И. Патогенетическое лечение хронического запора. *Терапевтический архив.* 2012; 8:4-9. [Parfenov A.I. Pathogenetic treatment of chronic constipation. *Terapevticheskoy Arkhiv.* 2012;8:4-9.] (In Russ).
- Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. М.: Медицина, 1976. 159 с. [Rivkin V.L., Kapuller L.L. Hemorrhoids. M.: Medicine, 1976. 159 p.] (In Russ).
- Тютюнник В.Л., Кирсанова Т.В., Михайлова О.И. Геморрой в акушерской практике: этиология, патогенез, клиника, лечение. *Российский вестник акушера-гинеколога.* 2012;12(4):88-92. [Tyutyunnik V.L., Kirsanova T.V., Mikhailova O.I. Hemorrhoids in obstetric practice: etiology, pathogenesis, clinical manifestations, treatment. *Rossiyskiy Vestnik Akushera-Ginekologa.* 2012;12(4):88-92.] (In Russ).
- Шельгин Ю.А. Клинические рекомендации. Колопроктология. Под ред. Ю.А. Шельгина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 528 с. [Shelygin Yu.A. Clinical guidelines. Coloproctology. Under the editorship of Yu.A. Shelygin. M.: GEOTAR-Media, 2015. 528 p.] (In Russ).
- Aigner F., Bodner G., Conrad F., Mbaka G., Kreczy A., Fritsch H. The superior rectal artery and its branching pattern with regard to its clinical influence on ligation techniques for internal hem-

- orrhoids. *Am. J. Surg.* 2004;187(1):102–108.
12. Barbe R., Amel M. Pharmacodynamic properties and therapeutic efficacy of Daflon 500 mg. *Phlebology Suppl.* 1992;(2):41-44.
 13. Baker H. Hemorrhoids. In: Longe J.L., editor *Gale Encyclopedia of Medicine*. 3rd ed. Detroit: Thomson Gale, 2006:1766-1769.
 14. Buchmann P. *Lehrbuch der Proktologie: Auflage Verlag Hans Huber*. Bern, Switzerland, 1994. 456 s.
 15. Burkitt D. Varicose veins, deep vein thrombosis and haemorrhoids. Epidemiology and suggested aetiology. *British Medical Journal.* 1972;2:556–561.
 16. Dimitroulopoulos D., Tsamakidis K., Xinopoulos D., Karaitianos I., Fotopoulou A., Paraskevas E. Prospective, Randomized, Controlled, Observer-Blinded Trial of Combined Infrared Photo-coagulation and Micronized Purified Flavonoid Fraction Versus Each Alone for the Treatment of Hemorrhoidal. Disease. *Clinical Therapeutics.* 2005;6:746-754.
 17. Godeberge P. Daflon 500 mg in the treatment of hemorrhoidal disease: a demonstrated efficacy in comparison with placebo. *Angiology.* 1994;45:574-578.
 18. Ho Y.H., Foo C.L., Seow-Choen F., Goh H.S. Prospective randomized controlled trial of a micronized flavonoid fraction to reduce bleeding after haemorrhoidectomy. *British Journal of Surgery.* 1995;82:1034-1035.
 19. Jongen J., Bach S., Stubinger S.H., Bock J.U. Excision of thrombosed external hemorrhoid under local anesthesia: a retrospective evaluation of 340 patients. *Dis. Colon Rectum.* 2003;46:1226–1231.
 20. La Torre F., Nicolai A.P. Clinical use of micronized purified flavonoid fraction for treatment of symptoms after hemorrhoidectomy. Results of a randomized clinical trial. *Dis Colon Rectum.* 2004;47:704–710.
 21. Lee J.H., Kim H.E., Kang J.H., Shin J.Y., Song Y.M. Factors associated with hemorrhoids in Korean adults: Korean national health and nutrition examination survey. *Korean J Fam Med.* 2014;35:227-236.
 22. Loder P.B., Kamm M.A., Nicholls R.J., Phillips R.K.S. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg.* 1994;81(7):946–954.
 23. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. *World J Gastroenterol.* 2012;18:2009-2017.
 24. Lohsiriwat V. Approach to hemorrhoids. *Curr Gastroenterol Rep.* 2013;15:332.
 25. Meshikhes Abdul-Wahed N. Efficacy of Daflon in the treatment of hemorrhoids. *Saudi Med J.* 2002;(23)12:1496-1498.
 26. Misra M.C., Parshad R. Randomized clinical trial of micronized flavonoids in the early control of bleeding from acute internal haemorrhoids. *Br J Surg.* 2000;87:868–872.
 27. Riss S., Weiser F.A., Schwameis K., Riss T., Mittlböck M., Steiner G., Stift A. The prevalence of hemorrhoids in adults. *Int J Colorectal Dis.* 2012;27:215-220.
 28. Stelzner F. Die hämorrhoiden und andere krankheiten des corpus cavernosum recti und des analkanals. *Deutsch. Med. Wochenschr.* 1963;88(14):689–696.
 29. Thomson W.H.F. The nature of haemorrhoids. *Br J Surg.* 1975;62(7):542-552.
 30. Tucker H., George E., Barnett D., Longson C. NICE Technology Appraisal on Stapled Haemorrhoidopexy for the Treatment of Haemorrhoids. *Ann R Coll Surg Engl.* 2008;90:82-84.
 31. Zagriadski E.A., Bogomazov A.M., Golovko E.B. Conservative Treatment of Hemorrhoids: Results of an Observational Multicenter Study. *Advances in Therapy.* 2018.35(11):993.

Поступила/Received 25.02.2019