

## ГЕМОРРОЙ У ДЕТЕЙ

Хамраев А. Ж.<sup>1</sup>, Жураев Ш. Ш.<sup>1</sup>, Акмоллаев Д. С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра госпитальной хирургии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, ул. Богишамол, 223, Юнусабадский район, Ташкент, Узбекистан

<sup>2</sup>Кафедра детской хирургии с курсом урологии, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», 295051, бульвар Ленина 5/7, Симферополь, Россия

**Для корреспонденции:** Акмоллаев Дилавер Сейдаметович, доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии с курсом урологии Медицинской академии имени С.И.Георгиевского, ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.Вернадского», e-mail: akmollaev@mail.ru

**For correspondence:** Akmollaev S. Dilaver, Dr. Sci. Med., professor of the department of pediatric surgery with the course of urology of Medical Academy named after S. I. Georgievsky of Vernadsky CFU, e-mail: akmollaev@mail.ru

### Information about authors:

**Akmollaev D. S.**, <http://orcid.org/0000-0002-8581-8295> **Juraev**

**Sh. Sh.**, <https://orcid.org/0000-0001-7435-0861> **Khamraev A.**

**G.**, <http://orcid.org/0000-0002-8816-6608>

### РЕЗЮМЕ

Расширение геморроидальных вен у детей довольно редкая патология. Авторы провели сравнительный анализ клинической картины и результатов лечения 46 детей в возрасте от 1 до 18 лет. Основными причинами геморроя были: упорные запоры - у 39,1% больных, диарея - у 21,7%, двухмоментный акт дефекации - у 13%, спортивные перегрузки - у 13%, приступы кашля - у 6,5%, напряженное мочеиспускание, обусловленное нарушениями мочеоттока - у 6,5% и др. В группе детей до 3-х лет более эффективной оказалась консервативная терапия у 70,2%, рецидивы отмечены у 5,5% детей.

У 9 детей (24,3%) безуспешность консервативного лечения явилась показанием к геморроидэктомии. После проведенной хирургической коррекции рецидивы не наблюдались. Выбор методов лечения с учетом возрастных особенностей детей позволил авторам получить хорошие результаты.

**Ключевые слова:** геморрой, особенности диагностики, консервативное лечение и хирургическое лечение.

## HEMORRHOIDS IN CHILDREN

Khamraev A. J.<sup>1</sup>, Zhuraev S. S.<sup>1</sup>, Akmollaev D. S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tashkent Pediatric Medical Institute

<sup>2</sup>Medical Academy named after S. I. Georgievsky of Vernadsky CFU, Simferopol, Russia

### SUMMARY

Expansion of hemorrhoidal veins in children is a rather rare pathology. The authors conducted a comparative analysis of the clinical picture and treatment results of 46 children aged 1 to 18 years. The main causes of hemorrhoids were persistent constipation in 39,1% of patients, diarrhea in 21,7%, a two-stage act of defecation in 13%, sports overload in 13%, coughing attacks in 6.5%, and intense urination, due to urinary tract disorders - in 6,5% and others.

In the group of children under 3 years of age, conservative therapy was more effective in 70,2%, relapses were noted in 5,5% of children.

In 9 children (24,3%), the failure of conservative treatment was an indication for hemorrhoidectomy. After surgical correction, relapses were not observed. The choice of treatment methods taking into account the age characteristics of children allowed the authors to get good results.

**Key words:** hemorrhoids, diagnostic features, conservative treatment and surgical treatment.

Геморрой является самым распространенным и полиэтиологическим проктологическим заболеванием у взрослых. Удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41%. Однако, частота его встречаемости и причины развития в детском возрасте мало изучены [1; 2; 3; 15]. У детей геморрой встречается гораздо реже и может достигать 8% всех заболеваний толстой кишки и промежности [3; 7; 11; 12; 13].

Известно, что развитие дистрофических процессов в общей продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, удерживающих кавернозные тельца в анальном кана-

ле, приводит к постепенному, но необратимому смещению геморроидальных узлов в дистальном направлении. Согласно данным Капулера, уже у новорожденных детей выявляются мелкие кавернозные вены, изредка имеющие многомерное строение, однако развиты они очень слабо. В возрасте от нескольких месяцев до года в подслизистом слое заднепроходных столбов обнаруживаются мелкие шаровидные вены, выявить их довольно трудно.

У детей возникновение геморроя часто связано с нарушениями актов дефекаций. При двухмоментной дефекации содержимое кишечника выбрасывается за два и более раза с разными интер-

валами. При этом между первым и вторым разом дефекации проходит 10–15 минут и более. Ребенок бесплодно продолжает натуживаться, что приводит к повышению внутрибрюшного давления при расслабленном сфинктере и пустой прямой кишке. Частое повторение этого процесса при наследственно-врожденной неполноценности венозной сети малого таза могут привести к развитию геморроя. Поэтому среди всех причин геморроя у детей двухмоментный акт дефекации занимает основное место [4; 5; 6; 8; 10; 11; 12; 14].

Таким образом, учитывая редкость данной патологии у детей, особенности клинического проявления, диагностики и лечения требуют дальнейшего изучения.

Цель: предложить оптимальный способ диагностики и комплексного лечения геморроя у детей.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В связи с поставленной целью проведено изучение результатов лечения 46 больных детей с геморроем в возрасте: до 1 года – 1 (2,2%); 1–3 лет – 8 (18%); 3–6 лет – 25 (54%); 7–12 лет – 6 (13%); 13–18 лет – 6 (13%). Выявлен наружный геморрой – у 43 (72,7%), внутренний – у 3 (4,5%). Мальчиков было 34 (77,3%), девочек – 10 (22,7%). Среди всех детей с геморроем транзиторное состояние было у 10 (25%) и постоянное – у 34 (75%). Оперативное лечение проведено у 9 больных. Локализацию (подушки) узлов определяли по часовому циферблату в положении лежа на спине.

Всем больным проводились общезыщительные, лабораторные и специальные (ортостатическая физическая нагрузка, anosкопия и ректоскопия, УЗИ, полипозиционная ирригография) методы. Оценка состояния больных проводилась с использованием классификации А. М. Аминова (1971).

УЗИ доплером изучали сосудистые нарушения тазового дна, при полипозиционной ирригографии дефекты фиксации толстой кишки. При ректороманоскопии оценивалось состояние слизистой прямой и сигмовидной кишки, приводящей к моторно-эвакуаторному нарушению или двухмоментному акту дефекации.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами изучены особенности клинических проявлений, диагностики и отдаленные результаты лечения геморроя у 46 больных на основе катamnестического и комплексного методов клинического обследования. Высокая частота патологии отмечена в дошкольном и в школьном возрасте. В анамнезе у 13 (28,6%) больных детей выявлено наличие геморроя у родителей.

Основными причинами геморроя были: упорные запоры – у 39,1% больных, диарея – у 21,7%, двухмоментный акт дефекации – у 13%, спортив-

ные перегрузки – у 13%, приступы кашля – у 6,5%, напряженное мочеиспускание, обусловленное нарушениями мочеоттока – у 6,5%. Эти факторы приводили к повышению внутрибрюшного давления и расслаблению наружного сфинктера (зияние ануса), что на фоне имеющейся врожденной неполноценности венозной сети малого таза способствовали образованию геморроя у детей.

При первичной диагностике во время ректального осмотра геморроидальные узлы чаще локализовались на 4, 7 и 11 часах условного циферблата.

На 2–5 часах – у 16 (34,8%); на 6–9 часах – у 19 (41,3%) и на 10–12 часах 11 (23,9%) (рис. 1а, б, в.).



Рис.1а. Варианты локализации геморроя у детей.



Рис.1б. Варианты локализации геморроя у детей.



**Рис.1в. Варианты локализации геморроя у детей.**

Подобные типичные локализации геморроидальных узлов свидетельствовали о врожденном генезе заболевания у детей.

Размеры геморроидальных узлов были от 0,5 см до 2,5 см в диаметре. У 28 (63%) больных выявлен один узел, у 10 (22%) – два узла, у 5 (11%) – три и у 1 (2,2%) – более трех.

Выпячивание геморроидальных узлов после ортостатической нагрузки (приседания) имели постоянный характер у 39 (86,4%) больных, у 6 из них (11,3%) был выявлен тромбоз геморроидальных узлов. Транзиторный характер отмечен у 7 детей (13,6%).

#### ОБСУЖДЕНИЕ

Геморрой у детей имел отличия в клинической картине от заболевания у взрослых и характеризовался стертой симптоматикой. Отмечалось чувство дискомфорта в области заднего прохода. К этому симптому у детей школьного возраста присоединялся зуд. Боли у детей школьного и старшего возраста появлялись обычно позднее.

Первым симптомом геморроя у детей были увеличения узлов. При присоединения воспалительных явлений (трещины или язвы), тромбоза, а также при ущемления геморроидальных узлов отмечались боли.

При тромбозе у детей старшего возраста дефекация была затруднена и болезненна. Пальпаторно воспаленные геморроидальные узлы болезненны и плотны на ощупь. Палец мизинец с трудом вводился в заднепроходное отверстие из-за увеличения узлов и болезненности анального кольца. Температура тела повышалась до 37°C. Геморроидальные кровотечения отсутствовали.

У 18 (40,9%) детей дошкольного и школьного возраста, в анамнезе которых имелись упорные запоры, при ирригографии установлены долихосигма и мегаректум. У больных с усиленной диареей при ректороманоскопии выявлена картина хронического проктита, проктосигмоидита и дисбактериоза кишечника.

Лечение геморроя у детей состояло из комплекса консервативных и оперативных мероприятий.

В состав комплекса консервативного лечения входили: диетотерапия, нормализация опорожнения кишечника, механическое очищение кишечника с помощью клизмы, медикаментозное обезболивание, физиотерапевтические процедуры и динамическое наблюдение.

При консервативном лечении больных с геморроем одновременно лечили основное заболевание, являющееся его причиной. Проводились очистительные и лечебные клизмы с раствором ромашки. В течение 7 дней вставлялись ректальные свечи антигеморана 2 раза – утром и вечером. В первые три дня при наличии воспалительного отека в узлах назначался светодиодный лазер (СДЛ) в течение 7 дней. После проведения 1–2 курсов отмечался положительный эффект. Тактические и технические особенности хирургического лечения были вызваны возрастным аспектом.

В тактическом плане у детей раннего возраста (1–3 года) в связи отсутствием экстренных клинических проявлений (ректальное кровотечение) угрожающих состоянию ребенка, показаний к оперативному лечению не было. Геморрой в этом возрасте в основном был транзиторного характера, поэтому подлежал консервативному лечению и динамическому наблюдению. Кровотечения из прямой кишки отмечались у 17 (36,9%) пациентов и были вызваны эрозивным катаральным проктосигмоидитом, дисбактериозом кишечника и трещинами заднего прохода.

Детям дошкольного возраста назначались лечебные клизмы с раствором ромашки, свечи (антигеморан) и мази (проктозан) на область геморроидального узла. Это ускоряло восстановление кровообращения и уменьшение застоя в тазовых органах. Укреплялась мускулатура тазовой диафрагмы, что способствовало исчезновению геморроидальных узлов.

У детей школьного и старшего возраста основной акцент был направлен на профилактику и лечения запоров. При назначении диеты рекомендовались овощи, фрукты, черный хлеб и жидкая пища. Клизмы при этом являлись активным методом профилактики и лечения геморроя.

Длительность консервативных мероприятий сроком 3–6 месяцев приводила к излечению больных. Однако у 9 (26%) больных подобная тактика не дала желаемых результатов.

Хирургическое лечение геморроя проведено у 9 (26%) пациентов. У 2 детей была выполнена срочная геморроидэктомия в связи с острым тромбозом геморроидальных узлов, в остальных 7 случаях дети оперированы по плановым показаниям. В зависимости от характера выявленной патологии, ставились абсолютные и относительные показания к геморроидэктомии. Абсолютными показаниями были наличие больших и сливающихся варикозных узлов, часто выпадающих, вызывающих дискомфорт на фоне болевых ощущений с нарушениями акта дефекации. Относительными показаниями являлись не поддающиеся консервативному лечению одиночные или множественные напряженные наружные геморроидальные узлы. Оперативное лечение проводилось под общим обезболиванием.

Среди многочисленных способов геморроидэктомии в детском возрасте применяли только щадящие методы. При этом важным моментом выбора являлась оценка состояния основания ножки геморроидальных узлов.

При узком основании ножки геморроидального узла последний захватывали зажимом и, оттягивая вверх, циркулярно иссекали и ушивали у основания нитью викрил 5/0. Погружали культю в рану, которую ушивали продольно непрерывными швами этой же нитью. Подобная операция выполнена у 4 больных. Рецидивов не отмечалось.

При широком основании одиночных или множественных узлов после циркулярного иссечения, последний оттягивали вверх по частям и зашивали нитью викрил 5/0. Рану ушивали непрерывными швами поперечно. Для предупреждения болей в послеоперационном периоде у основания операционной раны и вокруг вводился циркулярно на кожно-слизистый переход 2% раствор новокаина 3–5 мл. Подобная операция нами выполнена у 5 больных.

После операции в задний проход вводился катетер Фолея (№ 28–30) большого размера, и вокруг области операционной раны вставляли турунду, пропитанную бальзамом Бакстимса.

В послеоперационном периоде больные в первые 3 суток получали обезболивающую терапию. Газоотводная трубка удалялась на 5–7 день. Положительные результаты хирургического лечения отмечены во всех случаях. В отдаленном периоде рецидивов не наблюдалось.

Таким образом, из 46 больных геморроем после консервативного лечения хорошие результаты отмечены у 37. Показаниями к хирургическому лечению геморроя у 9 детей были безуспешность курса комплекса консервативных мероприятий.

#### ВЫВОДЫ

1. Геморрой у детей наиболее часто встречается в дошкольном и школьном возрасте.

2. Основными причинами геморроя были: упорные запоры – у 39,1% больных, диарея – у 21,7%, двухмоментный акт дефекации – у 13%, спортивные перегрузки – у 13%, приступы кашля – у 6,5%, напряженное мочеиспускание, обусловленное нарушениями мочеоттока – у 6,5% и др.
3. Наиболее эффективным методом лечения геморроя у детей до 3-х лет являются консервативные мероприятия.
4. Показаниями к операции являются безуспешность консервативного лечения, наличие больших часто выпадающих, ущемляющихся варикозных узлов, которые нарушают акт дефекации. У детей применяются более щадящие методы геморроидэктомии.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors have no conflict of interests to declare.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гарбузов Р. В. Заболевания вен таза у детей. Клинические проявления, диагностика, лечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2013. Доступно по: <https://www.dissercat.com/content/zabolevaniya-ven-taza-u-detei-klinicheskie-proyavleniya-diagnostika-lechenie>. Ссылка активна на 15.07.2020.
2. Генри М., Свош М. Колопроктология и тазовое дно. М.: Медицина; 1988:232–255.
3. Воробьев Г. И., Шельгин Ю. А., Благодарный Л. А. Геморрой: Руководство. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Литтерра; 2010.
4. Гончарук Р. А., Стегний К. В. Лечение больных хронической геморроидальной болезнью III–IV стадии. Хирургия. 2013;5:8–11.
5. Джавадов Э. А., Халилова Л. Ф. Геморроидальная болезнь, сопровождающаяся анальным пролапсом, и методы ее лечения. Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. 2014;3:43–48.
6. Загрядский Е. А. Трансанальная дезартеризация в лечении геморроидальной болезни. М.: ГЭОТАР. Медиа; 2015.
7. Ливзан М. А. Геморрой: причины, симптомы, диагностика и подходы к терапии. Лечащий врач. 2014;6:84–86.
8. Макаров И. В., Долгих О. Ю. Частная проктология. Геморрой: учеб. пособие. М.: Форум; 2015.
9. Мишушкин О. Н. Современные возможности комплексного консервативного лечения хронического геморроя. Лечащий врач. 2014;8:7–11.
10. Ривкин В. Л. Амбулаторное лечение геморроя. Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. 2014;55–56(3–4):35–37.
11. Титов А. Ю. Дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склеротерапией при



2020, том 23, № 3

лечении больных хроническим геморроем. Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. 2013;48(4):47–49.

12. Цуканов Ю. Т., Цуканев А. Ю., Левданский Е. Г. Поражение тазовых органов при вторичном варикозном расширении вен малого таза. Ангиология и сосудистая хирургия. 2015;21(2):94–100.

13. Farid Imanzadeh, Javad Ghoroubi at all External hemorrhoids in children. Journal of Surgery Pakistan (International). 14 (2) April - June 2009.

14. Chakraborty P. S., Roja Varanasi, Majumdar A. K., Kishan Banoth, Sunil Prasad, Ghosh M. S., Sinha M. N., Ravi Chandra Reddy Vikram G. Effect of homoeopathic LM potencies in acute attacks of haemorrhoidal disease: a multicentric randomized single blind placebo control ledtrial. Indian Journal of Research in Homoeopathy. 2013;7(2). doi :10.4103/0974-7168.116630

15. Pierce J., Matthews J., Stanley P. Perirectal arteriovenous malformation treated by angio embolization and low anterior resection. J. Pediatr. Surg. 2010;45(7):1542–1545. doi :10.1016/j.jpedsurg.2010.03.26.

#### REFERENCES

1. Garbuzov R. V. Diseases of the pelvic veins in children. Clinical manifestations, diagnostics, treatment: [dissertation]. med. sciences. M.; 2013. Available at: <https://www.dissercat.com/content/zabolevaniya-ven-taza-u-detei-klinicheskie-proyavleniya-diagnostika-lechenie>. Accessed June 15, 2020. (In Russ).

2. Henry M., Swash M. Coloproctology and the pelvic floor. M.: Medicine; 1988:232–255. (In Russ).

3. Vorobiev G. I., Shelygin Yu. A., Blagodarny L. A. Hemorrhoids: A Manual. 2nd ed., Revised. and add. M.: Litterra; 2010. (In Russ).

4. Goncharuk R. A., Stegny K. V. Treatment of patients with stage III – IV chronic hemorrhoidal disease. Surgery. 2013;5: 8–11. (In Russ).

5. Dzhavadov É. A., Khalilova L. F. Hemorrhoidal disease accompanied by anal prolapses and its

treatment methods. Surgery. Journal named after N.I. Pirogov. 2014;3: 43–48 (In Russ).

6. Zgryadsky E. A. Transanal dearterization in the treatment of hemorrhoidal disease. M.: GEOTAR. Media; 2015. (In Russ).

7. Livzan M. A. Haemorrhoids: causes, symptoms, diagnostics and approaches to therapy. Attending doctor. 2014;6:84–86. (In Russ).

8. Makarov I. V., Dolgikh O. Yu. Private proctology. Hemorrhoids: Textbook. allowance. M.: Forum; 2015. (In Russ).

9. Minushkin O. N. Up-to-date possibilities of complex conservative treatment of chronic haemorrhoids. Attending doctor. 2014;8:7–11. (In Russ).

10. Rivkin V. L. Outpatient treatment of hemorrhoids. Inpatient replacement technologies: Outpatient surgery. 2014;55–56(3–4):35–37. (In Russ).

11. Titov A. Yu. Desarterization of internal hemorrhoids with sclerotherapy in the treatment of patients with chronic hemorrhoids. Outpatient surgery. Stationary replacement technologies. 2013;48(4):47–49 (In Russ).

12. Cukanov Ju. T., Cukanev A. Ju., Levdanskiy E. G. Lesion of the pelvic organs with secondary varicose veins of the small pelvis. Angiology and Vascular Surgery. 2015;21 (2):94–100 (In Russ).

13. Farid Imanzadeh, Javad Ghoroubi at all External hemorrhoids in children. Journal of Surgery Pakistan (International). 14 (2) April - June 2009.

14. Chakraborty P. S., Roja Varanasi, Majumdar A. K., Kishan Banoth, Sunil Prasad, Ghosh M. S., Sinha M. N., Ravi Chandra Reddy Vikram G. Effect of homoeopathic LM potencies in acute attacks of haemorrhoidal disease: a multicentric randomized single blind placebo control ledtrial. Indian Journal of Research in Homoeopathy. 2013;7(2). doi :10.4103/0974-7168.116630.

15. Pierce J., Matthews J., Stanley P. Perirectal arteriovenous malformation treated by angio embolization and low anterior resection. J. Pediatr. Surg. 2010;45(7):1542–1545. doi :10.1016/j.jpedsurg.2010.03.26.

