**ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692**

УДК 616.13.-089
МРНТИ 76.29.39
DOI: 10.53065/p0872-1912-8825-f

Поступил в редакцию: 06.07.2022.
Принято к публикации: 18.03.2023.

# СПОСОБ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

АНАРТАЕВ С. М.[1], КАЛЕНБАЕВ М. А.[1], БЕРКИНБАЙ А.Б.[2], ИСАЕВА К.К.[2]

[1]Городская клиническая больница №7, г. Алматы
[2]НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова», г. Алматы

**Аннотация.**

**Введение.** Хронический геморрой существенно влияет на психологическое, социальное и физическое самочувствие пациентов. В последние годы эндоваскулярная эмболизация геморроидальных узлов достигла больших успехов в хирургическом лечении. Данная статья отражает клинический случай диагностики, ведения и лечения пациента с хроническим комбинированным геморроем II степени.

**Целью** данной работы является оценка результата эндоваскулярного хирургического лечения при введении металлических спиралей в дистальные ветви верхней ректальной артерии путем селективной дезартериолизации внутренних геморроидальных узлов.

**Материалы и методы.** Предлагается описание клинического случая успешного эндоваскулярного лечения у пациента с хроническим комбинированным геморроем II степени.

**Результаты.** Метод лечения демонстрирует высокую эффективность в излечении или значительном улучшении состояния при хроническом геморрое, предотвращая необходимость в хирургическом вмешательстве. Сокращает время пребывания в стационаре и период восстановления, уменьшает стоимость лечения. Обладает атравматичностью, минимальной инвазивностью, не требует обезболивания после процедуры, сохраняет функции сфинктера и обеспечивает хорошие эстетические результаты без предоперационной подготовки.

**Выводы.** Клинический случай демонстрирует эффективность спиральной эмболизации SRAS в лечении II стадии геморроя без анестезии: процедура безопасна, технически осуществима и облегчает болевой синдром.

**Ключевые слова:** геморрой, эмболизация, интервенционная радиология, кровотечение, спиральная эмболизация.

**Введение.** Геморроидальная болезнь является наиболее распространенной аноректальной патологией, встречающейся в общей популяции до 40%, причем самая высокая частота наблюдается у пациентов в возрасте от 45 до 65 лет [1].У пациентов с геморроем чаще всего наблюдается рецидивирующее хроническое ректальное

**ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692**

кровотечение, которое снижает качество жизни и может привести к анемии [2]. В случае тромбоза или трещины пациенты могут испытывать мучительную боль [3].

Геморрой лечится с помощью изменений рациона питания и образа жизни [4], медикаментозной терапии (например, флеботоники) [5,6], нехирургическими амбулаторными процедурами (инфракрасная коагуляция) [7], перевязкой эластичным бинтом и склеротерапией или путем хирургического вмешательства (открытая геморроидэктомия Миллигана и Моргана [5,8]. Также используется циркулярная сшитая анопексия [9], которая способствует повышению венозного тонуса, улучшению лимфодренажа и облегчению боли [3]. Примерно 10% пациентов подвергаются хирургическому вмешательству, различные противопоказания к операции и болезненный и утомительный послеоперационный уход послужили стимулом для новых малоинвазивных процедур [2].

Когда минимальное инвазивное лечение оказывается неэффективным, геморроидэктомия и сшитая геморроидопексия являются основой хирургического лечения внутреннего и наружного геморроя. Сшитая геморроидопексия приводит к уменьшению послеоперационной боли и более быстрому возвращению к нормальной деятельности, но имеет несколько большую частоту рецидивов по сравнению с геморроидэктомией. Однако оба метода вызывают значительную послеоперационную боль и имеют одинаково высокие показатели осложнений, включая послеоперационное кровотечение, задержку мочи, недержание кала и сдавливание, раневые осложнения и анальные стриктуры.

Геморроидальная эмболизация - один из лучших способов лечения хронического геморроя на современном этапе. Самый ранний отчет об эмболизации ректальной артерии был сделан в 1977 году для лечения послеоперационного кровотечения после ректальной полипэктомии [10]. В последующие десятилетия были описаны эмболизации сосудов после травмы, при лечении аневризмы и злокачественных опухолях прямой кишки [11].Однако с 2014 года было проведено множество ретроспективных исследований геморроидальной эмболизации, в которых была проведена эмболизация верхней прямой артерии при геморрое II / III степени, и это исследование показало клинически высокую эффективность - 82% [12]. Кроме того, у пациентов наблюдалась заживление геморроидальных узлов и улучшение качества жизни. Интересно, что при геморроидальной эмболизации не было выявлено ни ранних, ни поздних осложнений, и ни один пациент не жаловался на боли после процедуры [12,13].

Эндоваскулярный эмборроидальный метод, впервые обсуждаемый при успешном лечении пациентов с острым и хроническим геморроидальным кровотечением, имеет те же преимущества, что и эндоваскулярный метод, и обеспечивает полную картину ветвей верхней ректальной артерии (SRA) и ее анастомозов средней ректальной артерии (MRA) и нижней ректальной артерии (IRA) [12].

Проведенное Moussa N. et al. в 2017 году, было проведено на 30 последовательных пациентах, получавших лечение по этой новой методике, и было получено 72% клинического успеха у 17 пациентов после однократной эмболизации и

**ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692**

у 4 пациентов после повторной эмболизации. Уровень выпячивания не изменился после окклюзии артерии, но распространенность выпячивания снизилась после эмболизации [13].

В 2016 году Zakharchenko A. et al. сообщалось об исследовании 40 пациентов, получавших частицы эмболии размером 300μm и спирали для эмболизации дистальных артерий SRA. Клинический успех составил 83% и 94% у пациентов с геморрой III и II степени. Частицы могут закрывать геморроидальное сплетение более дистально и закупоривать анастомозы MRA и даже IRA, обнаруженные авторами в 20-40% процедур. Гистопатологическое исследование прямой кишки и сфинктерометрия показали нормальную слизистую оболочку и сократительную способность мышц в течение первого месяца после лечения. Они выяснили, что частицы, добавляемые к спиральной эмболизации, не вызывают ишемии и являются безопасным методом [14].

В 2021 году Makris G. et al. провел мета-анализ четырнадцати клинических исследований, в общей сложности 362 случая. Они обнаружили значительное снижение FBS (French bleeding score) после лечения. При более глубоком исследовании, когда эмболизацию только спиралью сравнивали с эмболизацией спиралью и частицами размером 300-500μm, средняя частота повторного кровотечения составила 21,5% против 10,05%. Ни о каких ректальных осложнениях не сообщалось [15].

В рандомизированном исследовании сравнивались размеры микросфер 500-700μm, 700-900μm и 900-1200μm для выполнения эмболизации SRA. Мельчайшие микросферы (500-700μm) приводили к более быстрому кровотечению и обезболиванию, но к большему числу незначительных осложнений, таких как небольшие ректальные и ректосигмоидные изъязвления и небольшие фиброзные рубцы. Самые крупные микросферы (900-1200μm) показали наилучшее улучшение FBS через двенадцать месяцев, и никаких незначительных ишемических осложнений не наблюдалось. Частицы размером 300-500μm, упомянутые в большинстве разделов литературы, не были изучены [16].

Целью работы является оценка результата эндоваскулярного хирургического лечения при введении металлических спиралей в дистальные ветви верхней ректальной артерии путем селективной дезартериолизации внутренних геморроидальных узлов.

**Материалы и методы.** Предлагается описание клинического случая успешного эндоваскулярного лечения у пациента с хроническим комбинированным геморроем II степени.

**Описание случая**: Пациент А., 47 лет**,** поступил в отделение хирургических инфекций ГКБ №7 г. Алматы с диагнозом хронический комбинированный геморрой II ст., осложненный геморроидальным кровотечением I степени. Из анамнеза: впервые начал замечать «шишки» (геморроидальные узлы) в анальной области около 10 лет назад. Месяц назад появились жалобы на мазки крови на бумаге. Самостоятельно принимал ректальные свечи, мази - с временным эффектом. Ранее отмечает периодическое выделение крови из заднего прохода при дефекации в течение длительного времени. С течением времени состояние больного ухудшилось, появилось головокружение, усилилась слабость.

**ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692**

*При объективном осмотре:* Общее состояние тяжелое за счет выраженного болевого и геморрагического синдрома. Сознание ясное. Положение вынужденное за счет болевого синдрома. Общий вид больной – соответствует своему возрасту. Телосложение –правильное. Конституциональный тип – нормостенический. Индекс массы тела (ИМТ) –29.5 кг\м$^2$, избыточный вес. Кожные покровы туловища: цвет-телесный, без депигментации; тургор удовлетворительный; влажность обычная. Сыпи, шелушений, кровоизлияний нет. Придатки кожи: ногти - форма правильная, цвет обычный, ломкости и исчерченности нет. Волосы – тип оволосенения мужской. Видимые слизистые: цвет - розовый. Отеков нет. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно, равномерно распределена. Лимфатические узлы не воспалены. Мышцы: степень развития - нормальная, тонус и сила сохранены, безболезненны при ощупывании. Кости без деформаций, болезненности при ощупывании и постукивании нет, концевых фаланги пальцев рук и ног не деформированы. Суставы: обычной конфигурация, без припухлости и безболезненности. Хруста при движениях нет, объем активных и пассивных движений не ограничены. Система органов дыхания: Жалоб больного со стороны данной системы – нет. Осмотр: нос обычной формы. Характер дыхания – через нос затруднено, искривления носовой перегородки влево; характер голоса обычный. Грудная клетка правильной формы, деформаций не обнаружено. Участвует в акте дыхания равномерно. Тип дыхания брюшной. В акте дыхания дополнительная мускулатура не участвует. Пальпация межреберных промежутков безболезненная. Эластичность грудной клетки сохранена. Над пространством Траубе легочный звук сохранен. Сердечно-сосудистая система: при осмотре верхушечный толчок в V межреберье на 1 см внутри от левой срединно-ключичной линии, сердечный горб отсутствует. При надавливании пальцем между ножками правой грудинно-ключичнососцевидной мышцы боль не возникает (симптом Мюсси - Георгиевского отрицателен). Аускультация сердца в горизонтальном положении - на верхушке первый тон по силе равен второму, систолического шума нет, ритм правильный. Пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, 90 ударов в 1 минуту, хорошего наполнения, напряженный. Система органов пищеварения: жалоб не предъявляет. Аппетит –не нарушен. Глотание свободное. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, симметричный. Пальпация безболезненная. Перитонеальные симптомы раздражения брюшины – симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Печень по краю реберной дуги, эластичной консистенции, гладкая. Размеры по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не пальпируется. Симптомы Мерфи, Мюсси, Кера отрицательны. При пальпации в холедохопанкреатической зоне поджелудочная железа пальпаторно не определяется, пальпация зоны безболезненна. Перистальтика кишечника выслушивается, удовлетворительная. Мочевыделительная система: без жалоб. Осмотр поясничной области – без особенностей. Пальпация безболезненная. Аускультативно – систолических шумов над почечными артериями нет. Нейроэндокринный статус: Жалоб со стороны данной системы органов нет. Глубокие рефлексы оживлены, симметричные. В позе Ромберга устойчив. Пальценосовая проба в норме. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Общемозговых, менингиальных симптомов нет. Per rectum: Анус сомкнут. В

**ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692**

перианальной области следы свежей крови. На 3-7-11 часах условного циферблата (у.ц.) имеются наружные геморроидальные узлы в виде бахромок. При пальцевом исследовании на 3-7-11 часах у.ц. определяются гипертрофированные внутренние геморроидальные узлы до 3,0-3.5 см, при натуживании выпадают, слизистая их рыхлая, истончена. Отмечается контактная кровоточивость. В ампуле прямой кишки кал обычного цвета. Другой патологии на высоту пальца не выявлено.

*Обследования.* При обследовании в 6 ОАК: WBC (лейкоциты) - 8.30 x10³/μL; RBC (эритроциты) - 4.17x10/μL; HGB (гемоглобин) - 92.00 g/L; HCT (гематокрит) - 30.80%; PLT (тромбоциты) - 198.00x10³/μL; MCV (средний обьем эритроцитов) - 90.70 fL; MCH (среднее значение гемоглобина в клетке) - 34.80 стр.; MCHC (средняя концентрация клеточного гемоглобина) - 383.00 g/L; MPV (средний обьем тромбоцитов) - 7.20 fL; PCT (относительный обьем тромбоцитов) - 0.41%; LYM% (относительные лимфоциты) - 12.90%; LYM# (абсолютные лимфоциты) - 2.10x10³/μL; Смесь базофилов, моноцитов и эозинофилов в % - 4.50%; Смесь базофилов, моноцитов и эозинофилов - 0.70x10³/μL; PLC% (относительные большие тромбоциты) - 24.00%; Коэффициент вариации эритроцитов - 17.40%; Стандартное отклонение эритроцитов - 50.90 fL, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) - 21 мм/ч.

При обследовании в ОАМ: SG (относительная плотность) - >1.025; pH (кислотность) - 5.50; COLU (цветность) - light yellow; Количество мочи - 100ml; Прозрачность мочи - проз.;

В биохимическом анализе крови: АЛаТ на анализаторе ALT (АЛТ) - 18.21 U/L; АСаТ на анализаторе AST (АСТ) - 14.60 U/L; Креатинин на анализаторе CRE (креатинин) - 75.34 μmol/L; Общий Bi на анализаторе BILT (общий билирубин) - 9.60 μmol/L; Общий белок на анализаторе TP (общий белок) - 67.67 g/L; Глюкоза в сыворотке крови на анализаторе Глюкоза - 6.60 mmol/L; Мочевина на анализаторе UREAL (мочевина) - 3.44 mmol/L;

Коагулограмма: ПВ-ПТИ-МНО на анализаторе PT (протромбиновое время) - 12.10 sec; PT% (протромбиновый индекс) - 112.00%; PT INR (МНО) - 2.99 sec; Фибриноген на анализаторе Fbg (Фибриноген) - 4.30 g/L;

Интерпретация лабораторных исследований: В ОАК незначительное повышение СОЭ и снижение гемоглобина до 92 г\л, остальные показатели в пределах нормы. В биохимическом анализе в пределах нормы. Коагулограмма: признаки повышения свертываемости крови, повышен фибриноген и ПТИ индекс.

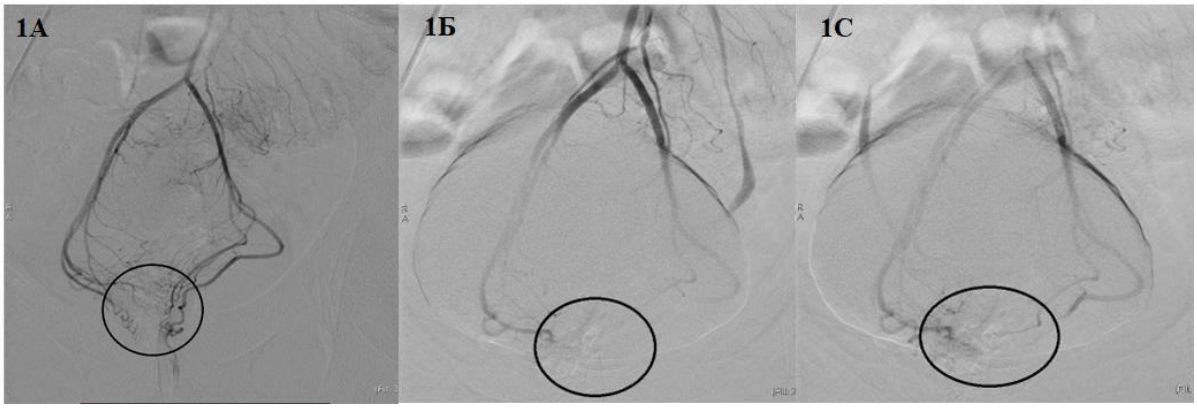
Колоноскопия: при колоноскопии обнаружены множественные большие выпадающие внутренние и наружные геморроидальные узлы, не поддающиеся эндоскопической терапии.

После врачебно-консультативного консилиума врачами проктологами и интервенционными хирургами пациент признан кандидатом на эмболизацию геморроидальных узлов.

*Хирургическое лечение:* после клинического обследования была проведена ангиография бедренной артерии и верхней прямой кишки без специальной подготовки толстой кишки (рисунок 1). Проведена эмболизация дистальных ветвей верхных ректальных артерий слева и справа эмболами «EmboGold MICROSPHERS» 300-500 μM

**ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692**

(1 флакон). На рисунке представлены рентгенограммы ректальной артерии до, во время и после установки эмболы.




а) до эмболизации, б) во время эмболизации, с) после эмболизации,
Рисунок 1 – Рентгенограмма ректальной артерии

Из рентгенограммы видно наличие перифиброидного сплетения патологически извитых артерий (рисунок 1а). Контрольная ангиография (рисунок 1с) выявила полное прекращение контрастирования перифиброидных сплетений с обеих сторон, проходимость магистральных артерий не нарушена. Катетеры и интродьюсер удалены. Артерия пережата на 20 минут. На место пункции наложена асептическая повязка. Осложнений во время операции не было. Постэмболизационный период - без особенностей, болей в области таза и в брюшной полости нет, стул - на следующий день без примеси крови. Выписан в удовлетворительном состоянии на 3-сутки с момента поступления. При осмотре через 6 месяцев: слизистая прямой кишки бледно-розовая, без признаков атрофии, не эрозирована, кровотечения нет. Стул регулярный. Функция сфинктера прямой кишки сохранена.

**Результаты и обсуждение.** Эффективность метода заключается в:

- излечении или существенном уменьшении симптомов хронического геморроя (I-III ст.) с преобладанием рецидивирующих кровотечений различной частоты и интенсивности;
- то, что этот метод является выбором при противопоказаниях к хирургическому лечению - геморроидэктомии, при неэффективности консервативной терапии и малоинвазивных вмешательствах, применяемых ранее;
- сокращает срок пребывания в стационаре до 3 дней и нетрудоспособности до 5 дней, снижает стоимость лечения;
- обладает атравматичностью непосредственно в патологической зоне, а именно: сохранностью слизистой оболочки прямой кишки, целостностью эпителия анального канала и перианальной кожи;
- том, что этот метод позволяет не прибегать к какой-либо обезболивающей и другой терапии в постэмболизационном периоде;
- том, что обладает минимальной инвазивностью;

**ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692**

- том, что не вызывает ишемии слизисто-подслизистого слоя прямой кишки, и позволяет исключить возможность развития фатального тромбообразования, постэмболизационного некроза проксимальных отделов прямой кишки;
- сохранении функции сфинктера прямой кишки;
- хороших эстетических результатах;
- высоком комфорте этого метода лечения для больного; - исключении предоперационной подготовки толстой кишки.

**Заключение**

Данный клинический случай показывает возможности малоинвазивной методики лечения комбинированного геморроя II стадии без анестезии. Спиральная эмболизация SRAS геморроидальных узлов технически осуществима, безопасна и хорошо переносится. Она позволяет в короткие сроки вылечить пациента, но и избавить его от болевого сидрома как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

**Конфликт интересов**

Мы заявляем об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов**

Разработка концепции – Анартаев С.М., Каленбаев М.А.

Исполнение –Анартаев С.М., Исаева К., Беркинбай А.

Обработка результатов - Анартаев С.М., Каленбаев М.А., Исаева К.К.

Научная интерпретация результатов – Анартаев С.М., Исаева К.К., Беркинбай А.Б.

Написание статьи – Анартаев С.М., Исаева К., Беркинбай А.Б.

Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

**Финансирование:** «Отсутствует»

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Z.Sun, J.Migaly. Review of hemorrhoid disease: presentation and management // Clin Colon Rectal Surg. -2016. -P.022-022;
2. O.Kaidar-Person, B.Person, S.Wexner. Hemorrhoidal disease: a comprehensive review // Journal of the American College of Surgeons. -2007. -P.102-117;
3. V.Lohsiriwat. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management // World J Gastroenterol. -2012. -№18. - P.2009-2017;
4. T.Cengiz, E.Gorgun. Hemorrhoids: a range of treatments // Cleveland Clinic Journal of Medicine September. - 2019. - №86. - P.612-620;
5. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л., Клиническая оперативная колопроктология. Руководство для врачей // М.: ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, 1994. - 432 с. Fedorov V.D., Vorobyev G.I, Rivkin V.L. Klinicheskaya operativnaya koloproktologiya: Rukovodstvo dlya vrachey [Clinical operative proctology: A guide for doctors]. Moscow, GNTS proktologii Publ., 1994. - 432 p. (In Russ.);
6. Филипп Г., Атлас по геморроюю – М.: СЕРВЬЕ, Москва, 1999. - 51 стр. Filipp G. Atlas po gemorroyu. — M.: Servye. 1999. - 51 p. (In Russ.);
7. N.Perera, D.Liolitsa and et al. Phlebotonics for haemorrhoids//Cochrane Database of Systematic Reviews. -2012. - №8. - P.13-18;

**ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692**

8. Milligan T.C., Morgan C.N., Jones L.E., Officez R., Surgical anatomy of the anal and the operative of the heamorroid // Lancet. - 1937. - Vol.2. - P.1119-1124;
9. S.P.Agbo. Surgical management of hemorrhoids //Journal of Surgical Technique and Case Report. - 2011. - №3. - P.68-75;
10. P.Frank, J..Tongio, J.J.Wenger, J.Cinqualbre, J.P.Dupeyron. Arterial embolization in the treatment of massive digestive hemorrhages. Its application to a case of intractable rectorrhagia following a rectal polypectomy // Chirurgie. - 1977. – V 103. - P.45-50;
11. Atomu Suzuki , Yoshinari Maeda, et al. A Case of Tumor Embolization to the Internal Iliac Vein Four Years after the Surgery for Rectal Cancer // Gan To Kagaku Ryoho. – 2021. - V 48. P.1177-1180;
12. Vidal V., Louis G., Bartoli J.M., Sielezneff I., Embolization of the hemorrhoidal arteries (the emborrhoid technique): A new concept and challenge forinterventional radiology // Diagnostic and Interventional Imaging. - 2014. -№95. - P.15;
13. N. Moussa, B.Bonnet, H.Pereira, L.Pechmajou, O.Pellerin, A.Abed, et al. Mid-term results of superior rectal artery and coils for hemorrhoidal embolization with particles bleeding // Cardiovasc Intervent Radiology. - 2020. - V 43. – P.1062-1069;
14. Zakharchenko, A.; Kaitoukov, Y.; Vinnik, Y.; Tradi, F.; Sapoval, M.; Sielezneff, I.; Galkin, E.; Vidal, V. Safety and efficacy of superior rectal artery embolization with particles and metallic coils for the treatment of hemorrhoids (Emborrhoid technique). Diagnostic and Interventional Imaging**.** - 2016. - V 97. -P.1079-1084;
15. Makris, G.; Thulasidasan, N.; Malietzis, G.; Kontovounisios, C.; Saibudeen, A.; Uberoi, R.; Diamantopoulos, A.; Sapoval, M.; Vidal, V. Catheter-Directed Hemorrhoidal Dearterialization Technique for the Management of Hemorrhoids: A Meta-Analysis of the Clinical Evidence. // J. Vasc. Interv. Radiol. - 2021. - V 32. - P.1119–1127;
16. Küçükay, M.B. Küçükay, F. Superior Rectal Artery Embolization with Tris-Acryl Gelatin Microspheres: A Randomized Comparison of Particle Size. //J. Vasc. Interv. Radiol. - 2021.- V 32. - P.819–825

**Сведения об авторах:**

Анартаев Сакен Мурасович, https://orcid.org/0000-0002-2257-510X, заведующий отделением интервенционной кардиологии и эндоваскулярной хирургии №7 городской клинической больницы, рентгенхирург, интервенционный кардиолог, г.Алматы, Казахстан, saken_anartaev@mail.ru, 87024354994 Каленбаев Марат Алибекович, https://orcid.org/0000-0002-2242-2138, канд. мед.
наук, доцент, врач проктолог высшей категории, г.Алматы, Казахстан,

@Беркинбай Аман Бакытжанович, https://orcid.org/0000-0002-3973-7283, врачинтерн, 6 курс, 016\1 группа «НАО Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова», г.Алматы, Казахстан, e-mail: aman_98e@mail.ru, 87081721280,

Исаева Корлан Кудайбергеновна, https://orcid.org/0000-0001-5127-7702, магистр мед.наук, ассистент кафедры ОВП №1 КазНМУ им С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан, koko.4@inbox.ru, 87017616102,

**ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692**

**Авторлар туралы мәлімет:**

Анартаев Сәкен Мұрасұлы - №7 Қалалық клиникалық ауруханаңың интервенциялық кардиология және эндоваскулярлық хирургия бөлімшесінің меңгерушісі, рентгенхирург, интервенциялық кардиолог, Алматы қ., Қазақстан, saken_anartaev@mail.ru, 87024354994, https://orcid.org/0000-0002-2257-510X

Қаленбаев Марат Әлібекұлы, м.ғ.к., доцент, жоғары санатты дәрігер-проктолог, №7 Қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ., Қазақстан, https://orcid.org/0000-0002-2242-2138

@Беркінбай Аман Бақытжанұлы, интерн, 6 курс, 016\1 топ, С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті КЕАҚ, Алматы, Қазақстан, e-mail: aman_98e@mail.ru, 87081721280, https://orcid.org/0000-0002-3973-7283

Исаева Қорлан Құдайбергенқызы, м.ғ.м, ЖПД №1 кафедрасының ассистенті, С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті КЕАҚ, Алматы, Қазақстан, koko.4@inbox.ru, 87017616102, https://orcid.org/0000-0001-5127-7702

**Information about the authors:**

Anartayev Saken Murasovich – head of department of the department of interventional cardiology and endovascular surgery of the City Clinical Hospital №7, x-ray surgeon, interventional cardiologist, Almaty c., Kazakhstan, saken_anartaev@mail.ru, 87024354994, https://orcid.org/0000-0002-2257-510X

Kalenbayev Marat Alibekovich, Candidate of Medical Sciences, associate professor, proctologist of the highest category, City clinical hospital №7, Almaty c., Kazakhstan, https://orcid.org/0000-0002-2242-2138

@Berkinbay Aman Bakytzhanovich, intern, 6th year, 016\1 group, Kazakh National Medical University named after S. D. Asfendiyarov NJSC, Almaty c., Kazakhstan, e-mail: aman_98e@mail.ru, 87081721280, https://orcid.org/0000-0002-3973-7283

Isaeva Korlan Kudaibergenovna, Master of Medical Sciences, Assistant of the Department of GMP№1 Kazakh National Medical University named after S. D. Asfendiyarov NJSC, Almaty c., Kazakhstan, koko.4@inbox.ru, 87017616102, https://orcid.org/0000-00015127-7702

# СОЗЫЛМАЛЫ ГЕМОРРОЙДЫ ЭНДОВАСКУЛЯРЛЫҚ ЕМДЕУ ӘДІСІ (КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ)

С. М. АНАРТАЕВ[1], М.А.КАЛЕНБАЕВ[1], А.Б. БЕРКІНБАЙ [2], Қ.Қ. ИСАЕВА[2]

[1]№7 Қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

[2]С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті КЕАҚ, Алматы қ.

**Түйіндеме**

**Кіріспе**. Созылмалы геморрой пациенттердің психологиялық, әлеуметтік және физикалық әл-ауқатына айтарлықтай әсер етеді. Соңғы жылдары геморройдың эндоваскулярлық эмболизациясы хирургиялық емдеуде үлкен жетістіктерге жетті. Бұл

**ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692**

мақалада II дәрежелі созылмалы біріктірілген геморроймен ауыратын науқасты диагностикалау, басқару және емдеудің клиникалық жағдайы көрсетілген.

**Бұл жұмыстың мақсаты** ішкі геморройдың селективті дизартериолизациясы арқылы жоғарғы тік ішек артериясының дистальды тармақтарына металл спиральдарды енгізу арқылы эндоваскулярлық хирургиялық емдеудің нәтижесін бағалау болып табылады.

**Материалдар мен тәсілдер**. II дәрежелі созылмалы біріктірілген геморройы бар науқаста сәтті эндоваскулярлық емнің клиникалық жағдайының сипаттамасы ұсынылған.

**Нәтижелер**. Емдеу әдісі созылмалы геморройды емдеуде немесе айтарлықтай жақсартуда, хирургиялық араласу қажеттілігін болдырмауда жоғары тиімділікпен көрсетілді. Ауруханада болу және сауығу мерзімін қысқартады, емдеу құнын төмендетеді. Бұл атравматикалық, аз инвазивті, процедурадан кейін анестезияны қажет етпейді, сфинктердің функцияларын сақтайды және операция алдындағы дайындықсыз жақсы эстетикалық нәтиже береді.

**Қорытындылар**. Клиникалық жағдай геморройдың II сатысын анестезиясыз емдеуде SRAS спираль эмболизациясының тиімділігін көрсетеді: процедура қауіпсіз, техникалық мүмкін және ауырсынуды жеңілдетеді. Созылмалы геморрой пациенттердің психологиялық, әлеуметтік және физикалық әл-ауқатына айтарлықтай әсер етеді. Соңғы жылдары геморроидальды түйіндердің эндоваскулярлық эмболизациясы хирургиялық емдеуде үлкен жетістіктерге жетті. Бұл мақала II дәрежелі созылмалы аралас геморроймен ауыратын науқасты диагностикалаудың, жүргізудің және емдеудің клиникалық жағдайын көрсетеді. Бұл жұмыстың мақсаты ішкі геморройдың селективті дизартериолизациясы арқылы жоғарғы тік ішек артериясының дистальды тармақтарына металл катушкаларды енгізу арқылы эндоваскулярлық хирургиялық емдеудің нәтижесін бағалау болып табылады.

**Түйінді сөздер**: геморрой, эмболизация, интервенциялық радиология, қан кету, спиральды эмболизация.

## METHOD OF ENDOVASCULAR TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS (CLINICAL CASE)

S. M. ANARTAEV[1], M.A. KALENBAYEV[1], A.B. BERKINBAY[2], K.K. ISAEVA[2]

[1]City Clinical Hospital №7, Almaty c.

[2]Kazakh National Medical University named after S. D. Asfendiyarov NJSC, Almaty c.

**Abstract**

**Introduction**. Chronic hemorrhoids significantly affect the psychological, social and physical well-being of patients. In recent years, endovascular embolization of hemorrhoids has achieved great success in surgical treatment. This article reflects a clinical case of diagnosis, management and treatment of a patient with chronic combined hemorrhoids of degree II.

**ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692**

**The objective** of this work is to evaluate the result of endovascular surgical treatment with the introduction of metal spirals into the distal branches of the superior rectal artery through selective disarteriolization of internal hemorrhoids.

**Materials and methods**. A description of a clinical case of successful endovascular treatment in a patient with chronic combined hemorrhoids of degree II is proposed.

**Results.** The treatment method has been shown to be highly effective in curing or significantly improving chronic hemorrhoids, preventing the need for surgery. Reduces hospital stay and recovery period, reduces the cost of treatment. It is atraumatic, minimally invasive, does not require anesthesia after the procedure, preserves sphincter functions and provides good aesthetic results without preoperative preparation.

**Conclusion.** A clinical case demonstrates the effectiveness of SRAS coil embolization in the treatment of stage II hemorrhoids without anesthesia: the procedure is safe, technically feasible and relieves pain. Chronic hemorrhoids significantly affect the psychological, social and physical well-being of patients. In recent years, endovascular embolization of hemorrhoids has achieved great success in surgical treatment. This article reflects the clinical case of diagnosis, management and treatment of a patient with chronic combined hemorrhoids of the II degree. The aim of this work is to evaluate the result of endovascular surgical treatment with the introduction of metal coils into the distal branches of the superior rectal artery by selective disarteriolization of internal hemorrhoids.

**Key words:** hemorrhoids, embolization, interventional radiology, bleeding, spiral embolization.