

А.Ю. ТИТОВ, к.м.н., А.А. МУДРОВ, д.м.н., И.В. КОСТАРЕВ, О.В. КУЧЕРЕНКО,
ФГБУ «ГНЦ колопроктологии» Минздравсоцразвития России, Москва

ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ СО СКЛЕРОТЕРАПИЕЙ

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Целью данного исследования явилось улучшение результатов лечения больных хроническим геморроем 2–3-й стадии. Проведена оценка эффективности дезартеризации внутренних геморроидальных узлов в сочетании с их одновременным склерозированием детергентами у 84 пациентов с 2–3-й стадией геморроя.

Ключевые слова: геморрой, малоинвазивные методы лечения, стационар одного дня, трансанальная проксимальная доплер-контролируемая дезартеризация, склерозирование

Несмотря на многочисленные клинические разработки и исследования, лечение больных геморроем по-прежнему остается одной из актуальных проблем колопроктологии. По данным официальной статистики Минздравсоцразвития России, в 2010 г. было зарегистрировано 98 200 случаев заболевания геморроем. При этом 47,9% больных выполнена радикальная операция геморроидэктомия. В то же время в мире все более широкое применение получают малоинвазивные методы лечения геморроя. Преимуществами этих методов является возможность амбулаторного применения, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, ранняя социально-трудовая реабилитация, что привлекает все большее число колопроктологов [1, 2, 3, 9]. В настоящее время наиболее часто применяются следующие малоинвазивные методы лечения геморроя: склерозирование геморроидальных узлов; лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами; инфракрасная коагуляция; дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под контролем доплерометрии [5, 8, 10, 11]. Последняя методика, разработанная японскими хирургами Morinaga K., Hasuda K. в 1995 г., по нашему мнению, представляет особый интерес, т. к. может быть эффективно применена у пациентов с 3–4-й стадией геморроя. Изучение результатов дезартеризации терминальных ветвей верхней геморроидальной артерии под контролем доплерометрии у пациентов с 2–4-й стадией геморроя, проведенное Канаметовым М.Х. и Загрядским Е.А. [4, 6], показало, что у 8–13% пациентов с 3-й стадией отмечается незначительный пролапс слизистой, а при 4-й стадии заболевания в среднем у 60% больных сохраняются остаточные явления выпадения геморроидальных узлов.

Одним из распространенных малоинвазивных методов является склерозирующее лечение геморроя, которое имеет

достаточно давнюю историю. В 1870 г. в России И.И. Карминский применил склерозирующее лечение, за рубежом – в 1886 г. К. Bladewood. В настоящее время установлено, что наиболее эффективным и безопасным при склерозировании внутренних геморроидальных узлов является использование детергентов. Тромбовар, Фибро-Вейн, Этоксисклерол вызывают коагуляцию эндотелия, не оказывая повреждающего действия на форменные элементы крови. При этом изменения распространяются только на поверхностные вены и улитковые артерии самого геморроидального узла без перехода на сосуды подслизистого слоя и слизистой оболочки прямой кишки. Внутренние геморроидальные узлы фиксируются к подлежащему мышечному слою за счет склеротических изменений сосудистой ткани, развивающихся в области основания склерозированных узлов. Следует отметить, склерозирование внутренних геморроидальных узлов наиболее эффективно при 1–2-й стадии заболевания (хорошие результаты лечения до 88% наблюдений). При 3–4-й стадии, где основным симптомом является выпадение геморроидальных узлов, метод не столь эффективен.

В этой связи для повышения эффективности лечения больных 2–3-й стадией геморроя нами предложена новая методика, основанная на комбинации двух методов: дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с их последующим склерозированием. По нашему мнению, основным преимуществом комбинированного метода является одновременное воздействие не только на сосудистый фактор (дезартеризация внутренних геморроидальных узлов), но и непосредственно на кавернозную ткань геморроидальных узлов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное проспективное исследование основано на результатах обследования и лечения 84 пациентов с 2–3-й стадией хронического геморроя. Всем больным выполнена дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под контролем доплерометрии с последующим их склерозированием.

2-я стадия болезни имела у 30 (35,7%) больных, 3-я – в 54 (64,3%) наблюдениях. Мужчин было 35, женщин – 49. Средний возраст больных составил $44,5 \pm 11,2$ года. Сроки наблюдения за оперированными больными составили от 10 до 14 месяцев, средний срок – $11,9 \pm 2,3$ месяца (табл. 1).

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Оперативное вмешательство выполнялось в стандартном положении для камнесечения под спинальной либо каудальной анестезией, что позволяет получить достаточную релаксацию анального сфинктера и выраженный анальгезирующий эффект во время и после операции. При проведении вмешательства применялся отечественный аноскоп и доплерограф «Ангиодин-Прокто».

Особенности «Ангиодин-Прокто»:

- а) специальная конструкция одноразового проктоскопа (анатомичность) обеспечивает максимальную эффективность дезартеризации геморроидальных узлов;
- б) хорошая освещенность операционного поля за счет светодиодного источника и материала проктоскопа (прозрачный пластик);
- в) наличие высокочувствительного ультразвукового доплеровского зонда 8 МГц с возможностью проведения многофазовой стерилизации;
- г) непрерывно-волновой (CW) или импульсно-волновой (PW) режим работы для быстрого и удобного поиска геморроидальных сосудов;
- д) визуальный анализ доплеровского сигнала.

В аноскопе прибора предусмотрено специальное окно над датчиком доплера, позволяющее проводить дезартеризацию артериальных ветвей под контролем пульсовой волны с последующим введением склерозанта в ткань геморроидального узла через второе дополнительное окно в аноскопе. Техника операции состояла из двух этапов и заключалась в следующем: после введения в задний проход специального аноскопа со встроенным ультразвуковым доплеровским датчиком проводилась диагностическая доплерометрия. Поворачивая аноскоп по оси, диагностировалась артериальная пульсация терминальных ветвей верхней геморроидальной артерии. По интенсивности пульсовой волны, как правило, определялись 4–6 ветвей, располагающихся на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 часах по условному циферблату. После выявления звукового сигнала через специальное окно аноскопа восьмьюобразными швами изолированно прошивали и лигировали арте-

рии викариевой нитью на атрауматической игле (викрил 2/0) на 4–5 см проксимальнее зубчатой линии. Через специальное окно аноскопа выполнялось прошивание слизистой с захватом подлежащего мышечного слоя дистального отдела прямой кишки. Уменьшение шумовой волны свидетельствовало о правильности манипуляции. Эти швы позволяют ликвидировать избыточный приток артериальной крови к внутренним геморроидальным узлам и фиксировать их в просвете кишки. Во время второго этапа операции через специальное дополнительное окно аноскопа в подслизистый слой нижнеампулярного отдела прямой кишки в области внутренних геморроидальных узлов вводился склерозирующий препарат из группы детергентов. В зависимости от их размера в подслизистый слой ниже наложения швов вводилось от 0,3 до 1 мл 3%-ного раствора Этоксисклерола (полидоканол) или 1%-ного раствора Фибро-Вейна (тетрадецилсульфат натрия).

■ По данным официальной статистики Минздравсоцразвития России, в 2010 г. было зарегистрировано 98 200 случаев заболевания геморроем. При этом 47,9% больных выполнена радикальная операция геморроидэктомия.

Таким образом, эта методика позволяет одновременно воздействовать на сосудистый и механический факторы геморроидальной болезни: прекращается приток крови по питающим сосудам и склерозирована кавернозная ткань геморроидального узла. Клинический эффект достигается непосредственно после вмешательства. Длительность операции составляла 25–30 минут.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сроки пребывания пациентов в стационаре колебались от нескольких часов до 1 суток. Состояние больных оценивалось по следующим критериям: субъективное самочувствие, температура тела, артериальное давление, выраженность болевого синдрома.

Через 3 часа после операции во всех наблюдениях самочувствие пациентов оставалось удовлетворительным. Повышения температуры тела, значительного снижения или подъема артериального давления не зафиксировано ни у одного больного. При оценке болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (максимальное значение 10 баллов) интенсивность оценивалась от 2 до 3 баллов.

При анализе течения раннего послеоперационного периода мы отметили, что послеоперационный болевой синдром после операции был непродолжительным (не более 3–4 суток) и не превышал 4 баллов по визуальной аналоговой шкале. У 33 (39,3%) пациентов в первые сутки потребовался 2-кратный пероральный прием ненаркотических анальгетиков.

Таблица 1. Характеристика группы пациентов (n = 84)

Характеристики	Показатели
Средний возраст	$44,5 \pm 11,2$ года
Средняя длительность анамнеза заболевания	$17,1 \pm 6,8$ года
Мужчин/женщин	35 (41,7%)/49 (58,3%)
Средний срок наблюдения	$11,9 \pm 2,3$ месяца
Стадия геморроидальной болезни	
2-я	30 (35,7%)
3-я	54 (64,3%)

Осложнения

У одного пациента (мужчина, 62 года, в анамнезе перенес оперативное вмешательство по поводу аденомы предстательной железы) в первые сутки после операции возникла рефлексорная задержка мочеиспускания, что потребовало катеризации мочевого пузыря, проведения комплекса консервативных мероприятий. На фоне проводимого лечения самостоятельное мочеиспускание восстановилось. В одном случае на 4-е сутки после проведенного вмешательства возникло однократное выделение крови во время дефекации. Повторного выделения крови не отмечено. Госпитализации больного и проведения каких-либо лечебных мероприятий не потребовалось.

Все больные осматривались через 10 дней, 3 и 12 месяцев после вмешательства. Результаты оперативного вмешательства оценивались по трем градациям: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Полное исчезновение основных симптомов заболевания (кровотечение, выпадение геморроидальных узлов во время дефекации) мы расценивали как хороший результат. Удовлетворительным результатом считалось значительное уменьшение выраженности основных симптомов заболевания; неудовлетворительным – сохранение симптоматики геморроидальной болезни на том же уровне, что и до оперативного вмешательства.

Через 3 месяца после операции хороший результат зафиксирован у 82 (97,6%) из 84 больных. Лишь у 2 пациентов с 3-й стадией геморроя сохранялось выпадение одного геморроидального узла во время дефекации. В этом случае потребовался второй этап лечения, больным выполнено лигирование геморроидального узла латексными кольцами.

Через 12 месяцев было осмотрено 62 из 84 оперированных больных. У всех осмотренных отмечен хороший результат, т. е. полностью отсутствовало выпадение и кровоточивость геморроидальных узлов при дефекации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, нами установлено, что дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под контролем доплерометрии с их склерозированием позволяет воздействовать на основные патогенетические факторы развития геморроидальной болезни: уменьшить приток артериальной крови и ликвидировать избыток кавернозной ткани.

Анализ результатов лечения показал, что примененная методика хорошо переносится пациентами, применима в амбулаторных условиях. Срок пребывания оперированных больных в стационаре составил от нескольких часов до 1 суток. По визуальной аналоговой шкале послеоперационный болевой синдром не превышает 4 баллов. Изучение непосредственных результатов лечения больных геморроем предложенным методом показало, что в раннем послеоперационном периоде лишь в 1,2% случаев отмечалась рефлексорная задержка мочеиспускания и в 1,2% наблюдений отмечено кровотечение, которое купировалось самостоятельно. Через 3 месяца после операции хороший результат получен у 82 из 84 больных. Двум пациентам с жалобами на выпадение геморроидальных узлов в качестве второго этапа лечения выполнено лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами. В последующем данные пациенты отметили полное исчезновение жалоб. Через 12 месяцев у всех осмотренных больных получен хороший результат, рецидивов заболевания не отмечалось.



ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев С.В. с соавт. Роль малоинвазивных вмешательств в лечении геморроя. Актуальные вопросы колопроктологии. Самара, 2003. С. 35–36.
2. Воробьев Г.И., Благодарный Л.А. Выбор метода лечения геморроя // Хирургия. 1999, 8: С. 50–55.
3. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М., 2002. – 192 с.
4. Загрядский Е.А., Горелов С.И.: Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация // Колопроктология. 2010. №2 (32). С. 8–15.
5. Костарев И.В. Склерозирующее лечение геморроя в сочетании с ультразвуковой кавитацией: диссертация ... к.м.н. М., 2009.
6. Канаметов М.Х. Шовное лигирование терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии в лечении геморроя. Дисс. к.м.н. М., 2002. – 125 с.
7. Титов А.Ю., Загрядский Е.А., Жарков Е.Е. Сравнительные результаты лигирования лигатурами и дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии в лечении геморроя 3–4-й стадии // Научно-практический медицинский журнал «Колопроктология». №1 (233). 2008. – 88 с.
8. Соловьев О.Л. Склерозирующая терапия в амбулаторном лечении геморроя. Дисс. к.м.н. М., 1995. – 136 с.
9. Соловьев О.Л., Благодарный Л.А., Шелыгин Ю.А., Ефремов А.В. Амбулаторное склерозирующее лечение геморроя в сочетании с лазеротерапией. Проблемы колопроктологии. М., 1996. Вып. 15. С. 144–149.
10. Badon A. Sclerotherapy of hemorrhoids. Phlebologie, 1980, 33(4): 613–616.
11. Chiappone G.M., Malpas P.M. Endoscopic retrograde hemorrhoidal sclerotherapy. Gastroenterol Nurs., 1992, 15(2): 78–80.