

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ, ОСЛОЖНЕННОГО АНЕМИЕЙ

Коплатадзе А.М., Проценко В.М., Белоусова С.В., Болквадзе Э.Э., Егоркин М.А.,
Кожин Д.Г.

ФГУ «Государственный научный центр колопроктологии» Росмедтехнологии, Москва

ВВЕДЕНИЕ

Кровотечения различной степени выраженности являются одним из основных симптомов геморроя. В то же время персистирующие при каждой дефекации или профузные кровотечения, приводящие к анемии, являются осложнением геморроя [1, 6, 9]. В соответствии с рекомендациями ВОЗ говорить об анемии можно при уменьшении концентрации гемоглобина у взрослых мужчин и женщин ниже 110 г/л.

Установлено, что «обильные» артериальные кровотечения при геморрое могут быть следствием травмирования при дефекации вен слизистой оболочки прямой кишки, которые коллатеральными связаны с лакунами кавернозных телец [7].

По некоторым данным, в крови из геморроидальных узлов нарушен механизм образования тромбина и фибрина, а также снижено количество тромбоцитов. Следовательно, гемостаз при этом неполный и рыхлые сгустки легко отторгаются от кровоточащей поверхности [2].

Среди причин возникновения геморроидальных кровотечений выделяют погрешности в диете, злоупотребление алкоголем, длительно существующие запоры, тяжелую физическую нагрузку, малоподвижный образ жизни [1, 4, 7], а также возрастные изменения — потерю эластичности и ригидность сосудистой стенки, невозможность сокращения сосудов [5, 9]. При наличии заболеваний, приводящих к застою крови в системе нижней полой или воротной вены и повышению системного артериального давления, также возникают кровотечения из геморроидальных узлов [1, 3, 11].

По данным литературы, персистирующие кровотечения возникают при каждой дефекации, носят выраженный рецидивирующий характер и приводят к анемии у 6–23% больных геморроем [1, 6, 9]. Профузные кровотечения осложняют течение геморроя у 1–9% больных [6, 10], приводя к острой кровопотере различной степени тяжести [10] и даже к геморрагическому шоку 1–2 ст. [8].

В отношении тактики лечения геморроя, осложненного анемией, в литературе представлены раз-

норечивые мнения. Некоторые авторы проводят срочную геморроидэктомию на высоте кровотечения или после кратковременной подготовки [1, 10]. Другие рекомендуют выполнение радикальной операции в отсроченном или плановом порядке после остановки кровотечения и коррекции анемии [9, 11, 14]. При этом условия выполнения операции различны: после увеличения уровня гемоглобина более 60–70 г/л [9], более 100 г/л [6] или после полной коррекции анемии [14].

Однако радикальные операции, выполненные на фоне продолжающегося кровотечения и выраженной анемии, могут сопровождаться формированием грубых рубцов в анальном канале [13], а продолжительность послеоперационного лечения может составлять до 1 и даже до 3 месяцев [9, 14].

Различные мнения существуют в отношении тактики лечения больных старших возрастных групп и больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Для остановки кровотечения у таких больных широко используют как консервативные методы, так и различные паллиативные хирургические и малоинвазивные методики [3, 5, 9, 12], однако есть и сторонники радикальных операций, в частности у больных с гипертонической болезнью [11].

Таким образом, ряд вопросов, касающихся тактики лечения больных разных возрастных групп и пациентов с сопутствующими заболеваниями, недостаточно изучен: не установлены оптимальные методы остановки кровотечений, условия и сроки проведения радикальных операций, неполностью исследованы особенности течения послеоперационного периода и заживления ран. Поэтому данная проблема, на наш взгляд, является актуальной.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В хирургическом отделении неотложной проктологии ГНЦК на базе ГКБ № 15 Москвы за период 2001–2006 гг. находились на лечении 1160 больных геморроем. Из них анемия выявлена у 262, что составило 22,6%.



Мужчин было 183 (70%), женщин 79 (30%). Возраст больных колебался от 25 до 89 лет, наибольшее число пациентов было среднего возраста (45–59 лет по классификации ВОЗ) (табл. 1).

Все больные были обследованы. Лабораторная диагностика включала общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (с определением общего белка, железа сыворотки, железосвязывающей способности сыворотки, ферритина, печеночных ферментов), электролиты крови, гемокоагулограмму; обязательными были аноскопия, ректороманоскопия, колоноскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, консультации терапевта и гематолога, а также гинеколога для женщин.

Остановку кровотечения различными методами проводили у всех больных. Консервативные мероприятия оказались эффективными у 91 (35%) больного; 144 (55%) больным применены малоинвазивные методы (инфракрасная фотокоагуляция, склеротерапия, лигирование латексными кольцами) и метод шовного лигирования геморроидальных узлов, 27 (10%) выполнена срочная (в течение первых трех суток) геморроидэктомия на фоне продолжающегося кровотечения и анемии (табл. 2).

Радикально оперированы 177 пациентов в различные сроки после проводимой коррекции анемии, из них 90 (51%) после применения малоинвазивных методов, 23 (13%) пациента были старшей возрастной группы (в возрасте 60–72 лет).

Пациенты, оперированные на фоне анемии тяжелой и среднетяжелой степени, выделены в контрольную группу ($n=47$). Основную группу составили больные, оперированные с легкой степенью анемии и после полной коррекции анемии с нормальным гемоглобином ($n=130$) (табл. 3).

Срочные операции проведены у 27 больных на фоне продолжающихся профузных и персистирующих геморроидальных кровотечений в сроки до 3 суток с момента поступления в стационар. Отсроченные операции выполнены 111 пациентам в сроки до 2 недель с момента поступления после остановки кровотечения консервативным или одним из малоинвазивных методом на фоне частично или полностью скоррегированной анемии. В плановом порядке оперированы 39 больных после остановки кровотечения и проводимой коррекции анемии (табл. 4).

Геморроидэктомию не проводили 85 больным. Из них противопоказания к операции были у 59 (69%) пациентов в связи с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний (цирроз печени с портальной гипертензией, печеночная недостаточность с дефицитом факторов свертывания, артериальная гипертензия, сердечно-сосудистая недостаточность в стадии декомпенсации); 15 (18%) пациентов были в возрасте старше 75 лет; 11 (13%) пациентов от радикальной операции отказались.

Остановка кровотечения консервативным методом, включавшим проведение гемостатической терапии, назначение детралекса, тампонаж анального канала, применение гемостатической губки и медикаментозных препаратов для местного лечения кровоточащего геморроя, в данной группе больных применялась у 31 (37%) человека, малоинвазивные методы потребовались 54 (64%) пациентам.

В дальнейшем второй, в ряде случаев третий этапы малоинвазивного лечения геморроя проведены 48 (57%) больным старших возрастных групп и больным с противопоказаниями к операции.

Лечение анемии у всех больных включало назначение препаратов железа, витаминов, диеты с повышенным содержанием белка. Проводилась коррекция гемостаза и реологических свойств крови, а также лечение сопутствующих заболеваний. Эритроцитарную массу переливали 98 пациентам с тяжелой и среднетяжелой степенью анемии при уровне гемоглобина менее 70–80 г/л и наличии симптомов гипоксии. При замедлении темпа роста гемоглобина на фоне приема препаратов железа (в/м и перорально) 35 пациентам назначали стимуляторы эритропоэза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании данных анамнеза и клинического обследования больных разных возрастных групп нами изучены и систематизированы основные факторы возникновения и усиления геморроидальных кровотечений. Выпадение геморроидальных узлов из анального канала при каждой дефекации выявлено у всех 262 (100%) больных, из них с возможностью пальцевого вправления — у 213 (81,3%) больных, постоянное выпадение даже вне дефекации — у 49 (18,7%). Длительные запоры, сопровождающиеся постоянными натуживаниями при дефекации, отмечали 183 (69,8%) пациента. Физический труд, связанный с подъемом тяжестей, способствовал возникновению и усилению кровотечений из геморроидальных узлов у 64 (24,4%) пациентов. Злоупотребление алкоголем приводило к усилению геморроидальных кровотечений у 54 (20,6%) больных (преимущественно в среднем и пожилом возрасте). Малоподвижный образ жизни и отсутствие регулярной физической нагрузки отмечали 36 (13,7%) больных (преимущественно старших возрастных групп). Возникновение и усиление геморроидальных кровотечений, связанное с декомпенсацией тяжелого сопутствующего заболевания, выявлено у 59 (22,5%) больных (вне зависимости от возраста): тяжелая артериальная гипертензия — у 27 (10,3%), печеночная недостаточность с дефицитом факторов свертывания и цирроз печени — у 23 (8,8%), сердечно-сосудистая недостаточность — у 4 (1,5%).

Таблица 1

Распределение пациентов с геморроем, осложненным кровотечением и анемией, по возрасту (n = 262)		
Возрастная группа	Возраст	Число больных
Молодой	25–44	53 (20,2%)
Средний	45–59	119 (45,4%)
Пожилой	60–74	64 (24,4%)
Старческий	75–89	26 (9,9%)
Всего больных:		262 (100%)

Таблица 2

Методы остановки кровотечения (n = 262)	
Методы остановки кровотечения	Число больных
Консервативный метод	91 (35%)
Малоинвазивные методы	100 (38%)
Метод шовного лигирования	44 (17%)
Геморроидэктомия	27 (10%)
Всего больных	262 (100%)

Таблица 3

Распределение больных по группам в зависимости от уровня гемоглобина на момент операции (n = 177)				
Группы	Степень тяжести анемии	НЬ, г/л	Число больных	Всего больных
Основная	–	110 и более	73	130
	легкая	90–109	57	
Контрольная	средняя	70–89	43	47
	тяжелая	52–69	4	

Таблица 4

Сроки проведения радикального лечения (n = 177)		
Сроки выполнения операции	Число больных	Уровень гемоглобина
Срочные	27 (15,3%)	52–108 г/л
Отсроченные	111 (62,7%)	70–115 г/л
Плановые	39 (22%)	90 г/л и более



Персистирующий характер геморроидальных кровотечений, приведших к анемии, наблюдался у 86% больных различного возраста с 3 и 4 стадией геморроя и длительным анамнезом заболевания; **профузные** кровотечения возникали значительно реже у 14% больных преимущественно молодого и среднего возраста со 2–4 стадией геморроя. Источником кровотечения были одновременно два и более геморроидальных узла у 64 (24,4%) больных, один геморроидальный узел у 198 (75,6%) пациентов: по условному циферблату на 3 часах у 52 (26%) больных, на 7 часах — у 108 (55%), на 11 часах — у 38 (9%).

Результаты применения различных малоинвазивных методов остановки кровотечения сопоставимы — хорошие и удовлетворительные результаты получены не менее чем в 89% случаев. Методы инфракрасной фотокоагуляции и склерозирующего лечения нами были применены у ограниченного числа больных. Необходимо отметить, что методика инфракрасной фотокоагуляции может с большей эффективностью использоваться при 2-й стадии геморроя, а методы склеротерапии и латексного лигирования — преимущественно при 3-й стадии при условии дифференцированных внутренних геморроидальных узлов. Остановка кровотечения методом шовного лигирования геморроидальных узлов была эффективна при любой стадии геморроя, неудовлетворительных результатов не было. В то же время при консервативной остановке геморроидальных кровотечений у 38 (42%) больных отмечался неполный гемостаз, неадекватный рост гемоглобина и как следствие — длительные сроки коррекции анемии.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

В ближайшем послеоперационном периоде расхождение краев раны и кровотечения из ран были обусловлены неудовлетворительной трофикой тканей при анемии. Большее число воспалительных осложнений выявлено в подгруппах больных, оперированных с анемией, что связано с присоединением инфекции в условиях низкой резистентности организма и гипоксии. При появлении признаков гнойного воспаления проводили курс антибактериальной терапии и местного физиотерапевтического лечения с положительным эффектом, однако дальнейшее заживление протекало по типу вторичного натяжения (табл. 5).

Представленные данные анализа ближайших результатов радикального хирургического лечения больных кровоточащим геморроем на фоне разной степени выраженности анемии свидетельствуют о меньшем количестве осложнений у больных, оперированных с гемоглобином более 90 г/л, — 7%. В то же время результаты операций, проведенных у пациентов с низкими значениями гемоглобина (89 г/л и менее), явля-

ются неудовлетворительными — 20,9% осложнений. Операции, проведенные в срочном порядке на высоте кровотечения при уровне гемоглобина 52–69 г/л, по нашим данным, осложняются наиболее часто.

Продолжительность послеоперационного лечения была больше у больных, оперированных с низким гемоглобином (менее 89 г/л), и составила в среднем 27–33 дня, в то время как у больных, оперированных с гемоглобином 90 г/л и более, стационарное и амбулаторное лечение длилось не более 18–25 дней (табл. 6).

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены у 139 (78,5%) больных в сроки от 1 года до 5 лет. Выделение крови из анального канала в незначительном количестве только при затрудненной дефекации отмечали 2 пациента, оба оперированных по поводу 4-й стадии геморроя с различным гемоглобином в разные сроки после коррекции анемии. Обоим пациентам проведена регуляция стула и местное лечение.

Формирование компенсированной стриктуры анального канала в виде грубых послеоперационных рубцов и болезненность при дефекации в сроки более 1 года выявлены у 3 пациентов с анемией, у которых в ближайшем послеоперационном периоде отмечалось расхождение краев раны, а в дальнейшем длительное заживление вторичным натяжением. Им проведено физиотерапевтическое лечение с положительным эффектом. Грубое сужение анального канала, пропускающее кончик пальца, выявлено у 1 пациента, оперированного в срочном порядке с гемоглобином 55 г/л, послеоперационный период у которого осложнился нагноением раны. Данное осложнение потребовало проведения хирургического лечения — иссечения стриктуры (табл. 7).

ВЫВОДЫ

1. Малоинвазивные методы (инфракрасная фотокоагуляция, склеротерапия, лигирование латексными кольцами) и метод шовного лигирования геморроидальных узлов являются эффективными способами экстренной остановки геморроидальных кровотечений не менее чем у 89% больных.

2. Тактика лечения больных геморроем, осложненного кровотечением и анемией, заключается в экстренной остановке кровотечения с помощью одного из малоинвазивных методов, одновременной коррекции анемии и радикальной геморроидэктомии в отсроченном или плановом порядке после повышения уровня гемоглобина до 90 г/л и более.

3. Срочные радикальные операции, предпринятые у больных с геморроидальными кровотечениями и сниженным гемоглобином в пределах

Таблица 5

Характер и количество осложнений ближайшего послеоперационного периода в зависимости от степени выраженности анемии (n = 177)						
Группы больных	Степень тяжести анемии и Hb, г/л	n	Кровотечение	Расхождение краев раны	Нагноение раны	Общее количество осложнений
Основная (n = 130)	без анемии (Hb 110 и более)	73	–	2 (2,7%)	2 (2,7%)	4 (5,5%)
	легкая анемия (Hb 90–109)	57	–	2 (3,5%)	2 (3,5%)	5 (7%)
Контрольная (n = 47)	средней тяжести (Hb 70–89)	43	2 (4,7%)	5 (11,6%)	4 (9,3%)	9 (20,9%)
	тяжелая (Hb 52–69)	4	1	2	1	4

Таблица 6

Продолжительность лечения больных, оперированных с различным гемоглобином (n = 139)					
Группы больных	Степень тяжести анемии и Hb, г/л	n	Средние сроки в стационаре	Средние сроки амбулаторного долечивания	Средние сроки п/о лечения
Основная (n = 102)	без анемии (Hb 110 и более)	59	6–7	12–14	18–21
	легкая анемия (Hb 90–109)	43	7–8	14–16	21–24
Контрольная (n = 37)	средней тяжести (Hb 70–89)	33	9–10	18–20	27–30
	тяжелая (Hb 52–69)	4	10–11	20–22	30–33

Таблица 7

Отдаленные результаты хирургического лечения больных (n = 139)					
Группы больных	Степень тяжести анемии и Hb, г/л	n	Выделение крови при дефекации	Стриктура анального канала	Общее число осложнений
Основная (n = 102)	без анемии (Hb 110 и более)	59	1 (1,7%)	–	1 (1,7%)
	легкая анемия (Hb 90–109)	43	–	1 (2,3%)	1 (2,3%)
Контрольная (n = 37)	средней тяжести (Hb 70–89)	33	1 (3%)	2 (6,1%)	3 (9,1%)
	тяжелая (Hb 52–69)	4	–	2	2

52–89г/л, приводят к развитию отдаленных послеоперационных осложнений более чем в 9,1% случаях, в то время как после отсроченных и плановых операций у больных с гемоглобином более 90 г/л осложнения развиваются в 2,3%.



Литература

1. *Аминев, А.М.* Руководство по проктологии / А.М. Аминев. — Куйбышев, 1971. Т. 2. С. 48–50.
2. *Бакрадзе, И.Д.* Коагуляционная активность крови внутренних геморроидальных узлов / И.Д. Бакрадзе, С.Н. Алтухова, Л.В. Максимова // О болезнях прямой и ободочной кишок (сб.). — М., 1973. С. 50–56.
3. *Вовк, Е.И.* Геморрой: неотложная помощь, стратегия лечения, профилактика / Е.И. Вовк // Русский медицинский журнал. 2001. Т. 9, № 20. С. 867–871.
4. *Воробьев, Г.И.* Геморрой. / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный. — М., 2002. С. 134–136.
5. *Диденко, В.В.* Хирургическое лечение геморроя у больных пожилого и старческого возраста / Диденко В.В. // Дисс. ... канд. мед. наук. 2001. С. 44–48.
6. *Камалов, М.А.* Тактика лечения больных с геморроидальными кровотечениями / М.А. Камалов // Проблемы проктологии (сб.). — М., 1992. С. 30–33.
7. *Капуллер, Л.Л.* Новые данные к патогенезу и хирургическому лечению геморроя / Л.Л. Капуллер, В.Л. Ривкин, Р.В. Пирталия // Хирургия толстой кишки (сб.). — Тбилиси, 1972. С. 15–17.
8. *Мазунин, В.Д.* Опыт лечения больных с острым геморроидальным кровотечением / В.Д. Мазунин // Проблемы колопроктологии (сб.). — М., 2006. С. 162–163.
9. *Наврузов, С.Н.* Особенности лечения геморроидальной болезни, осложненной кровотечением и постгеморрагической анемией. Проблемы колопроктологии / С.Н. Наврузов, Н.А. Ходжимухамедова. — М., 1998. С. 77–80.
10. *Назаров, Э.И.* Выбор оптимальных методов лечения больных с геморроидальными кровотечениями / Э.И. Назаров, Т.С. Соломов, С.Г. Бахитова // Медицинский журнал Узбекистана. 1984. № 10. С. 75–77.
11. *Петров, В.П.* Лечебная тактика при геморрое, осложненном кровотечением / В.П. Петров, А.Г. Лежнева, Г.В. Лазарев // Актуальные вопросы проктологии (сб.). — Киев, 1989. С. 224–226.
12. *Рудин, Э.П.* Выбор метода хирургического лечения осложненного геморроя / Э.П. Рудин, Н.Ш. Рагимов // Хирургия. 1990. № 7, С. 86–90.
13. *Рылов, Ю.Л.* Опыт оперативного лечения геморроя / Ю.Л. Рылов, З.А. Титлянова, А.В. Файнштейн // Актуальные вопросы клинической хирургии (сб.). — Пермь, 1993. С. 81–83.
14. *Хараберюш В.А., Погалин Я.Ф.* Геморрой с анемизирующими кровотечениями / В.А. Хараберюш, Я.Ф. Погалин // Сов. медицина. 1990. № 1, С. 69–71.