ВЛИЯНИЕ ФЛЕБОТОНИКОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Грошин В.С., Черкасов М.Ф., Мирзоев Л.А., Швецов В.К.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

В статье описан опыт применения малоинвазивных методов лечения хронического геморроя II-III стадии. Проведен анализ эффективности методик как изолированных, так и при комбинировании способов после лечения 493 пациентов. Проведен анализ показаний к применению, клинической эффективности и недостатков отдельных малоинвазивных методик. Обоснована клиническая эффективность применения венотоников (микронизированной флавоноидной фракции) в периоперационном лечении при применении малоинвазивных методик лечения хронического геморроя. Определена необходимость дифференцированного подхода к определению показаний и выбору метода малоинвазивной операции в зависимости от выраженности стадий заболевания (формы, стадии, воспалительных изменений, кровотечения).

[Ключевые слова: геморрой, малоинвазивные методы лечения, кровотечение]

IMPROVING THE EFFICIENCY OF MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF HEMORRHOIDS USING PHLEBOTONICS

Groshilin V.S., Cherkasov M.F., Mirzoev L.A., Shvetsov V.K.
Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

The article describes the experience of application of minimally invasive methods of treatment chronic hemorrhoids stages II-III. The analysis of the effectiveness of methods and stand-alone when combining methods on the basis of the treatment and dynamic follow-up of 493 patients. The analysis of the indications for use, clinical effectiveness and disadvantages of minimally invasive techniques. Substantiated the clinical efficacy of venotonics (micronized flavonoid fraction) in the pre- and postoperative treatment in the application of minimally invasive methods of treatment chronic hemorrhoids. Identified the need for a differentiated approach to the definition of indications and choice of a method of minimally invasive surgery depending on the clinical picture of the disease (type, stage, presence of inflammatory changes, bleeding).

[Keywords: hemorrhoids, minimally invasive methods, bleeding]

**Адрес для переписки: Мирзоев Левон Альбертович, пр-т 40 лет Победы, д. 87/1, кв. 94, Ростов-на-Дону, 344011,
e-mail: lamirzoev@mail.ru;**

**Грошин Виталий Сергеевич, ул. Гагаринская, д. 7, кв. 130, Ростов-на-Дону, 344016,
e-mail: groshilin@yandex.ru, vs Gros@mail.ru**

ВВЕДЕНИЕ

Геморроидальная болезнь является одной из самых распространенных болезней человека. Заболеваемость геморроем составляет около 140-160 случаев на 1000 человек взрослого населения [1,3]. На долю геморроя приходится от 34 до 41% от общего количества колопроктологических больных. Несмотря на многочисленные клинические разработки и исследования, посвященные выбору хирургической тактики при геморрое, повышение эффективности лечения данной патологии по-прежнему остается одной из актуальных проблем колопроктологии.

В России до настоящего времени наиболее распространенным способом хирургического лечения является геморроидэктомия, выполняемая

у 75-79% пациентов [4], а малоинвазивные способы применяют лишь у 5%. Однако в проведении традиционной операции нуждаются лишь 20% [2,7]. Не имеющий тенденции к снижению удельный вес рецидивов и послеоперационных осложнений после геморроидэктомии указывает на необходимость более тщательного выбора показаний к оперативному лечению и служит поводом для поиска альтернативных методов, а также совершенствования известных способов лечения геморроя [3,5]. Широкое распространение в современной клинической практике методик малоинвазивного лечения пациентов с хроническим геморроем, разработка и внедрение все более новых технологий и современных технических устройств позволили значительно улучшить результаты лечения этого самого распространенного проктологическо-

го заболевания. Преимущества малоинвазивных методов известны и очевидны, важнейшими из них являются: возможность амбулаторного лечения, минимальная травматичность, отсутствие болевого синдрома, сохранение работоспособности [3]. Накопленный опыт применения малоинвазивных методов лечения начальных стадий хронического геморроя показывает, что далеко не всегда нас удовлетворяют полученные результаты, а частота осложнений не имеет тенденции к снижению. В сложившейся ситуации важным представляется как анализ результатов применения методов малоинвазивного лечения геморроя, так и выработка четких дифференцированных показаний к их использованию [3]. Разработка комплексного алгоритма лечения геморроя II-III стадии с определением показаний к применению каждого из малоинвазивных методов (в том числе, при осложненном течении геморроя – кровотечениях, анемии, неэффективности консервативного лечения), в сочетании с определением места фармакотерапии, позволит улучшить результаты и снизить риск осложнений лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Влияние флеботоников на результаты лечения больных геморроем II-III стадии за счет разработки, внедрения дифференцированного подхода к применению способов малоинвазивного лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 493 пациентов, перенесших малоинвазивные оперативные вмешательства при хроническом геморрое II-III стадии в клинике РостГМУ и ГАУ РО «Областной

консультативно-диагностический центр», в период с 2010-2016 гг. Алгоритм обследования включал: пальцевое исследование, аноскопию, ректоскопию, при необходимости колоноскопию (ректальные кровотечения) и лабораторное обследование (согласно действующим стандартам). Контрольный осмотр проводился на 1,3,7,14 сутки после операции и спустя 6 месяцев.

Методом случайной выборки составлены 2 группы клинических наблюдений. В первую (основную) группу включено 248 пациентов, которым в течение недели до операции и на протяжении 3-х недель после операции назначали венотоники (микроинтированную флавоноидную фракцию). В качестве венотонизирующих препаратов использован «Детралекс» в дозировках до операции – по 2 таб. × 2 раза в сутки; после вмешательства – по 2 таб. × 3 раза в сутки в течение 4 дней, затем по 2 таб. × 2 раза в сутки). В контрольной группе, включавшей 245 пациентов, венотоники не назначали. Распределение пациентов по характеру метода малоинвазивного лечения геморроя соответствовало таковому в общем пуле.

Амбулаторно оперированы 395 пациентов, в «стационаре одного дня» – 98. Все вмешательства выполнены под местной параректальной блокадой и анестезией сфинктера.

Структура выполненных операций включала (Рис. 1):

- диатермокоагуляция – 67 (13,6%) пациентов, из них 33 (6,9%) пациента из I группы, 34 (6,7%) пациента из II группы.
- склерозирование – 80 (16,2%) пациентов, I группа – 41 (8,7%) пациент, II группа – 39 (7,5%) пациентов.
- лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами – 116 (23,5%) пациентов, из них 57 (11,6%) пациентов из I группы, 59 (11,9%) пациентов из II группы.
- ультразвуковая кавитация со склерозированием с использованием хирургического комплекса «Проксон» – 85 (17,2%) пациентов, I группа – 42 (8,5%) пациента, II группа – 43 (8,7%) пациента.
- дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склерозированием, либо лифтингом слизистой – 145 (29,4%) пациентов, из них 75 (15,2%) пациентов из I группы, 70 (14,2%) пациентов из II группы.

Критерии оценки результатов лечения:

- Хорошие результаты – полное исчезновение основных симптомов заболевания и отсутствие профильных жалоб.
- Удовлетворительные – значительное уменьшение выраженности основных симптомов забо-

Рисунок 1. Структура выполненных операций

ления (частоты и интенсивности кровотечений, степени выпадения узлов).

- Неудовлетворительные результаты – сохранение выраженности симптомов заболевания на том же уровне, что и до лечения, появление новых симптомов, развитие воспалительных и геморрагических осложнений.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы «Statistica 6.0». Обработка результатов велась с применением статистики малых выборок. Для определения значимости различий средних величин применяли t-критерий Стьюдента. Различия считали значимыми при уровне вероятности $p < 0,05$. При оценке данных, не отвечающих нормальному распределению, использованы непараметрические методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Диатермокоагуляция выполнена 67 (13,6%) пациентам с II-III стадиями хронического геморроя при отсутствии кровотечения, выраженности воспалительных изменений (Табл. 1).

У 41 (61,2%) пациента достигнут хороший результат.

В 14 (20,9%) случаях – удовлетворительный результат у этих пациентов после операции отмечен в 9 (64,3%) случаях, явления острого проктита – у 5 (35,7%) больных. Поэтому в схему лечения включили препараты НПВП и анальгетики, боль купирована на $3,2 \pm 1,1$ сутки.

У 12 (17,9%) пациентов с III стадией малоинвазивное лечение оказалось не эффективным. Недостатком метода, при использовании аппарата Visar, является длительная экспозиция электрода на поиске геморроидального узла (10-15 мин.). За этот период лечения устает как пациент, так и врач, проводящий процедуру. Электрокоагуляция позволяет получить хорошие результаты только у пациентов с I-II стадиями геморроя. Наиболее эффективен метод для купирования геморроидального кровотечения при ранних стадиях геморроя.

Склеротерапия произведена 80 (16,2%) пациентам с II-III стадиями геморроя, осложненного кровотечением, в том числе, 58 (72,5%) пациентам со II стадией хронического геморроя и 22 (27,5%) пациентам при III стадии (Табл. 2).

Хорошие результаты получены у 46 (57,5%) пациентов.

Удовлетворительные отмечены в 15 (18,7%) случаях в связи с продолжающимся выделением крови из заднего прохода у 7 (46,7%) больных при акте дефекации, 6 (40%) пациентов предъявляли жалобы на сохранившееся выпадение геморроидальных

узлов.

Неудовлетворительный результат отмечен в 19 (23,8%) наблюдениях. Из них у 4 (21,1%) пациентов оставались жалобы на выпадение геморроидальных узлов, 7 (36,8%) больных предъявляли жалобы на дискомфорт при акте дефекации. В 6 (31,6%) случаях послеоперационный период осложнился кровотечением, что потребовало прошивания ножки геморроидального узла.

Выраженная болевая реакция может быть связана с введением препарата не в просвет геморроидального узла, а в мышечный слой кишки, а также с введением концентрированного склерозирующего препарата в объеме больше 2 мл.

При контрольном осмотре на 12-14 день после процедуры, в анальном канале определяется плоский, округлый безболезненный склерозированный участок кавернозной ткани.

Склеротерапия геморроидальных узлов наиболее эффективна при I-II стадии геморроя. При увеличении стадии заболевания, уменьшается количество хороших результатов, и возрастает число рецидивов. Хорошие отдаленные результаты лечения наблюдались лишь у 57,5 % больных.

Латексное лигирование выполнено 116 (23,5%) пациентам при хроническом геморрое II-III ст., при четких границах между наружными и внутренними узлами (Табл. 3).

У 87 (75%) пациентов достигнут хороший результат. Удовлетворительные результаты получены у 17 (14,7%) пациентов. В сроки свыше 6 месяцев у 10 (58,9%) больных отмечена тенденция к возобновлению жалоб. В 3 (17,7%) случаях отмечались кровотечения в связи с ранним отхождением латексных колец, и у 2 (11,7%) пациентов зарегистрирован тромбоз наружных геморроидальных узлов. Эти осложнения купированы консервативно. Причины болевого синдрома у 2 (11,7%) больных в раннем послеоперационном периоде – избыточное натяжение слизистой, технические погрешности в выполнении.

Неудовлетворительный результат отмечен в 12 (10,3%) случаях. Выраженный болевой синдром, потребовавший инъекционного назначения анальгетиков, развился у 4 (33,3%) пациентов. Возникновение геморроидального кровотечения в 5 (41,7%) случаях было связано с ранним отхождением латексных колец и потребовало прошивания «сосудистой ножки» внутреннего геморроидального узла. Тромбозы отмечены у 3 (25%) больных.

Ультразвуковая кавитация со склерозированием произведена 85 (17,2%) пациентам с хроническим геморроем II-III ст., в том числе, у 52 (61,2%) пациентов при первичных и рецидивных кровотечениях (после курсов консервативной терапии), при разме-

Таблица 1. Сравнительная оценка результатов диатермокоагуляции геморроидальных узлов

Результаты	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные	Осложнения
I группа, n=33	22 (66,7%)	6 (18,2%)	5 (15,1%)	3 (9%)
II группа, n=34	19 (55,8%)	8 (23,5%)	7 (20,5%)	4 (11,8%)

Таблица 2. Сравнительная оценка результатов применения склеротерапии

Результаты	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные	Осложнения
I группа, n=41	26 (63,4%)	7 (17,1%)	8 (19,5%)	2 (4,9%)
II группа, n=39	20 (51,3%)	8 (20,5%)	11 (28,2%)	3 (7,7%)

Таблица 3. Сравнительная оценка результатов латексного лигирования геморроидальных узлов

Результаты	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные	Осложнения
I группа, n=57	46 (80,7%)	6 (10,5%)	5 (8,8%)	3 (5,3%)
II группа, n=59	43 (72,9%)	9 (15,3%)	7 (11,8%)	5 (8,5%)

Таблица 4. Сравнительная оценка результатов УЗ-склерозирования геморроидальных узлов

Результаты	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные	Осложнения
I группа, n=42	38 (90,5%)	3 (7,1%)	1 (2,4%)	1 (2,4%)
II группа, n=43	35 (81,4%)	5 (11,6%)	3 (7,0%)	3 (7,0%)

Таблица 5. Сравнительная оценка результатов дезартеризации геморроидальных узлов

Результаты	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные	Осложнения
I группа, n=75	70 (93,3%)	2 (2,7%)	3 (4%)	1 (1,3%)
II группа, n=70	63 (90,0%)	3 (4,3%)	4 (5,7%)	2 (2,9%)

рах узлов до 1,5 см (Табл. 4).

Хорошие результаты – у 73 (86,0%) пациентов.

Удовлетворительные – в 8 (9,4%) случаях. У 2 (2,4%) пациентов отмечен острый тромбоз геморроидальных узлов. У 2 (2,4%) пациентов – явления острого проктита. Все осложнения излечены консервативными методами.

Неудовлетворительный результат отмечен в 4 (4,7%) случаях. У пациентов с III стадией развился рецидив кровотечения, что потребовало прошивания внутреннего геморроидального узла.

Ультразвуковая «сварка» приводит к фиксации геморроидального узла к мышечному слою прямой кишки. Образующийся канал в геморроидальном узле за счет термического воздействия боковых стенок инструмента способствует декомпрессии геморроидального узла и эксфузии избытка склерозанта в просвет кишки, что снижает болевой эффект, чувство дискомфорта, препятствует развитию осложнений.

Дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склерозированием либо лифтингом слизистой выполнена 145 (29,5%) пациентам при узлах размером более 1,5 см и профузных кровотечениях (Табл. 5).

Хорошие результаты отмечены у 133 (91,7%) пациентов.

В 7 (4,8%) случаях методика оказалась неэффективной. У 4 (2,8%) пациентов в послеоперационном периоде отмечилось выпадение внутренних геморроидальных узлов. У 3 (2,1%) пациентов с III стадией хронического геморроя после операции

отмечались периодические выделения крови.

В 5 (3,5%) наблюдениях – отмечалось выпадение внутренних геморроидальных узлов (спустя 2-6 месяцев), которая потребовали выполнения геморроидэктомии в плановом порядке.

Методика позволила блокировать и устранить избыточное кровоснабжение внутренних геморроидальных узлов и достичь фиксации их в анальном канале. Дезартеризация наиболее эффективна при I-III стадиях геморроя, но выполняется и при IV стадии, дополняясь лифтингом слизистой.

К числу функциональных расстройств отнесены задержка мочеиспускания, чувство дискомфорта в области анального канала в течение 2-3 дней после процедуры. Шовное лигирование геморроидальных артерий под контролем УЗ доплерометрии является перспективным малоинвазивным методом лечения геморроя. Однако, для оценки эффективности этого метода, как и других методик, необходимо изучение отдаленных результатов лечения.

При лечении геморроидальной болезни с использованием малоинвазивных технологий, необходимо четко определять показания к операции, выбирать способ и точно соблюдать технику операции. Ошибки и осложнения вызваны неправильным выбором показаний и способа операции. Анализ результатов позволил уточнить показания к применению различных малоинвазивных методик.

Результаты малоинвазивных методик позволили определить показания к разным методам лечения хронического геморроя.

Таблица 6. Сравнительная частота осложнений в основной и контрольной группах

	I группа (основная, с флеботониками)		II группа (контрольная)	
	II стадия	III стадия	II стадия	III стадия
Тромбоз геморроидальных узлов	1	1	2	4
Кровотечения	-	2	1	3
Некроз	-	1	1	1
Болевой синдром	2	2	2	2
Дизурические расстройства	-	1	1	-

Таблица 7. Сравнительные результаты малоинвазивного лечения геморроя в основной и контрольной группах

Результаты	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные	Осложнения
I группа (с применением флеботоников)	203 (81,8%)	23 (9,3%)	22 (8,9%)	10 (4%)
-II стадия	98 (39,5%)	13 (5,2%)	10 (4%)	4 (1,6%)
-III стадия	105 (42,4)	10 (4%)	12 (4,8%)	6 (2,4%)
II группа (без флеботоников)	179 (73,1%)	33 (13,4%)	32 (13%)	17 (6,9%)
-II стадия	88 (35,9%)	15 (6,1%)	13 (5,3%)	6 (2,4%)
-III стадия	91 (37,1%)	18 (7,3%)	19 (7,7%)	11 (4,5%)

Диатермокоагуляция показана при хроническом геморрое II стадии при наличии кровотечений, отсутствии выраженных воспалительных изменений.

Латексное лигирование выполняется при хроническом геморрое II-III стадии при четких границах между наружными и внутренними узлами, отсутствие анемии.

УЗ-склерозирование показано при хроническом геморрое II-III стадии, в том числе, при геморрое, осложненным кровотечением при узлах размером до 1,5 см, без выраженных склеротических изме-

нений в узлах.

Дезартеризация выполняется при хроническом геморрое II-III стадии при размерах узлов более 1,5 см и невыраженных кровотечениях.

Лучшие результаты получены в I клинической группе, благодаря периоперационному использованию микронизированной флавоноидной фракции (Табл. 7). Вероятность развития осложнений при использовании Детралекса также была достоверно ниже – $2,9 \pm 0,35\%$. Отметим, что указанная закономерность в равной степени подтверждена как при II, так и при III стадии хронического геморроя.

Рисунок 4. Сравнительная характеристика результатов малоинвазивных методик лечения геморроя

В послеоперационном периоде целесообразно назначать венотоники, топические препараты. Назначение «Детралекса» (диосмина с гесперидином) позволило сократить сроки восстановления и реабилитации и уменьшить послеоперационный болевой синдром, а сроки выздоровления сократить до 3 ± 5 дней. Непосредственным местом воздействия препарата является венозная стенка. Осложнений, связанных с применением микронизированной флавоноидной фракции, нами не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Наилучшие результаты при геморрое III стадии получены при комбинировании методик дезартеризации со склеротерапией, либо с лифтингом слизистой. Данные методы высокоэффективны при геморрое III стадии, осложненном кровотечением.
2. Основными причинами выявленных осложнений считаем, в первую очередь, нарушения при выборе способа лечения.
3. Склеротерапия, как изолированная методика не позволяет радикально вылечить геморроидальную болезнь, однако ее эффективность высока для купирования кровотечения и подготовки к операции, позволяет купировать прогрессирование выпадения узлов.
4. Применение микронизированной флавоноидной фракции (Детралекс) в течение недели дооперационного периода и на протяжении 3 недель после вмешательства позволяет достоверно улучшить результаты применения малоинвазивных методов лечения хронического геморроя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. Руководство для врачей. – 2012.
2. Канаметов М.Х. Шовное лигирование терминальных ветвей прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1974. – 36 с.
3. Загрядский Е.А. Малоинвазивная хирургия геморроидальной болезни. М., 2014. – 212 с.
4. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии: Учебное пособие. Ростов-на-Дону. – 2001. – 414 с.
5. Титов А.Ю., Мудров А.А., Костарев И.В. и соавт. Дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склеротерапией при лечении больных хроническим геморроем. Медицинский совет. – 2012. – №9. – с. 94-96.
6. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: Митра-Пресс, 2012. – 192 с.
7. Соловьев О.Л. Склерозирующая терапия в амбулаторном лечении геморроя. Дис. ... канд. мед. наук. М., 1995.
8. Abcarion H., Alexander-Williams J., Christiansen J. Benign anorectal diseases: definition characteritition and analisis treatment. Amer. J. Gastroenterol. – 1994. – vol. 89 (8). – p. 182-190.
9. Armstrong D.N. Multiple hemorrhoidal ligations: a prospective, randomized trial evaluating a new technique. Dis. Colon Rectum. – 2003. – vol. 46. – p. 179-186.
10. Morinaga K., Hasuda K., Ireda T. A novel therapy for internal haemorrhoids: ligation of the haemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. Am.J.Gastroenterol. – 1995. – vol. 90 (4). – p. 610-613.