

УДК 616.147.17-007.64-06.089.819-035

*Н.Н. Милица, В.П. Бакуменко, Н.Д. Постоленко***РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДЕАРТЕРИЗАЦИИ ВЕТВЕЙ ВЕРХНЕЙ ПРЯМОКИШЕЧНОЙ АРТЕРИИ И СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ХИРУРГИЧЕСКИМ РИСКОМ***Запорожская медицинская академия последипломного образования*

Цель исследования – оценить эффективность и безопасность различных малоинвазивных методов лечения хронического геморроя у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. В работе, представлены результаты ТГД ветвей верхней прямокишечной артерии и склерозирующего лечения геморроя, выполненные 29-ти пациентам с высоким хирургическим риском. Через 7 дней хороший результат зафиксирован у 13 (86,7%) из 15 больных. Спустя месяц - зарегистрированы хорошие результаты у 14 (93,3%) пациентов. В группе, где выполнялась склеротерапия, как через 7 дней, так и спустя месяц у 10 (71,4%) пациентов также зафиксированы хорошие результаты. В 4 (28,6%) случаях отмечены неудовлетворительные результаты. После ТГД болевые ощущения не повлияли на течение сопутствующего заболевания, ставшего причиной отказа от геморроидэктомии, ни одному пациенту не потребовалось снижения дозы или отмены лекарственных препаратов, принимаемых по поводу сопутствующих заболеваний.

Ключевые слова: трансанальная деартеризация ветвей верхней прямокишечной артерии, хронический геморрой, склерозирующее лечение.

Геморрой все еще остается наиболее частым заболеванием, составляя в структуре колопроктологической патологии 30-40%, и требует своевременного лечения [1, 2]. Однако существуют категории больных хроническим геморроем, которым классическая геморроидэктомия по Милиган-Моргану, не может быть выполнена в связи с различными медицинскими противопоказаниями. Одной из причин отказа от радикального лечения геморроя является пожилой и старческий возраст пациентов с сопутствующими заболеваниями в стадии суб- и декомпенсации. Большую группу составляют пациенты, у которых лечение хронического геморроя является обязательным в связи с предстоящей операцией на сердце, сосудах, крупных суставах, а также у пациентов, которым проводятся иммунодепрессивная терапия, гемодиализ. Зачастую эти пациенты длительно получают препараты, влияющие на свертывающую систему крови, иммунитет, репаративные процессы. Наличие в таких случаях хронического геморроя сопряжено не только с ухудшением качества жизни пациентов, но и при частых и интенсивных кровотечениях ведет к развитию анемии и может угрожать их жизни. Дифференцированного подхода в выборе операции при хроническом геморрое требуют и пациенты с дисплазией соединительной ткани.

Поэтому выбор метода лечения хрониче-

ского геморроя у больных с высоким хирургическим риском является очень важным и ответственным, так как от эффективности и надежности применяемого воздействия на геморроидальные узлы зависит не только качество жизни, но и возможность получения полноценного лечения по поводу основного заболевания.

В настоящее время методы консервативной терапии геморроя хотя и решают ряд задач, однако не отличаются надежностью и стабильностью эффекта [1, 2, 5]. Большинство больных, у которых удается достичь хороших результатов от консервативного лечения, отмечают возврат симптомов заболевания после прекращения применения препаратов. Таким образом, единственной альтернативой для пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями являются малоинвазивные методы лечения геморроя.

Среди существующих методов лечения геморроя далеко не все равнозначны. Инфракрасная фотокоагуляция является эффективным способом остановки кровотечения, но в отдаленном периоде у большей части пациентов отмечается рецидив симптомов заболевания, а у больных с поздними стадиями геморроя метод не приводит к стойкому клинически значимому улучшению [10]. Лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами достаточно эффективно

как при 1-2, так и при 3-4 стадиях заболевания [2, 7, 10]. Но у пациентов, получающих терапию антикоагулянтами, этот способ лечения геморроя не может обеспечить стабильность купирования кровотечений и даже обладает опасностью их развития после отхождения лигатур, что ограничивает его применение [5, 7]. Склерозирующее лечение хронического геморроя, один из способов остановки хронических геморроидальных кровотечений, способствующий также устранению выпадения узлов более чем у 70% пациентов со 2 и 3 стадиями заболевания [4, 6].

Методом выбора при лечении хронического геморроя у больных с повышенным хирургическим риском, является трансанальная геморроидальная деартеризация (ТГД) ветвей верхней прямокишечной артерии, как один из наиболее надежных и быстрых способов остановки хронических геморроидальных кровотечений, способствующий также устранению выпадения узлов более чем у 90% пациентов со 2 и 3 стадиями заболевания [3, 8, 9].

Цель исследования – оценить эффективность и безопасность трансанальной деартеризации ветвей верхней прямокишечной артерии и склерозирующего лечения геморроя у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Материал и методы

В настоящем исследовании, представлены результаты ТГД ветвей верхней прямокишечной артерии и склерозирующего лечения геморроя выполненные 29 пациентам с высоким хирургическим риском, которые были разделены на 2 группы. В 1 группу включено 15 пациентов, которым выполнена ТГД ветвей верхней прямокишечной артерии. Во 2 груп-

пу вошли 14 больных хроническим геморроем, которым проведено склерозирующее лечение. Среди пациентов обеих групп мужчин было 16, женщин – 13. Возраст обследованных колебался от 40 до 80 лет (средний $63,3 \pm 8,6$ года). Сроки наблюдения за больными составили от 3 до 12 мес. Из всех пациентов 2 стадия заболевания отмечена у 4 (13,8%), 3 – у 21 (78,6%), 4 – у 4 (13,8%). Группы равнозначны по полу, возрасту и стадии заболевания (табл. 1).

Причинами отказа от геморроидэктомии у 18 (62,2%) больных послужили тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы. У 4 (13,8%) пациентов имелось заболевание нервной системы, у 3 (10,3%) – заболевание почек, у 3 (10,3%) больных – ортопедическая патология и у 1 (3,4%) пациента заболевание гепатобилиарной системы. В 6 (20,7%) случаях лечение геморроя было необходимым условием перед выполнением планового оперативного вмешательства по поводу основного заболевания. Выделение крови, выпадения узлов при дефекации различной степени выраженности отмечен у всех больных, включенных в исследование.

Трансанальная геморроидальная деартеризация ветвей верхней прямокишечной артерии выполнялась с помощью аппарата “ТНД Evolution” под сакральной анестезией. Длительность операции, в среднем, занимала 20 минут, при этом проводилось лигирование 5-7 проксимальных ветвей верхней прямокишечной артерии. При склерозирующей терапии использовался препарат из группы детергентов – 3% раствор этоксисклерола (полидоканола).

Принимая во внимание сопутствующую патологию, сроки пребывания пациента в стационаре составили 4-6 дней.

Таблица 1.

Распределение пациентов в группах исследования по стадиям заболевания

Стадия геморроя	1 группа (трансанальная геморроидальная деартеризация), n=15, абс. (%)	2 группа (склерозирующее лечение геморроя), n=14, абс. (%)
2	2 (13,4%)	2 (14,3%)
3	10 (66,6%)	11 (78,6%)
4	3 (20,0%)	1 (7,1%)
Всего	15 (100%)	14 (100%)

Примечание: различия между группами статистически незначимы

В сроки до 14 дней после лечения оценивались частота возникновения, интенсивность и продолжительность болевых ощущений. С этой целью применялась 10-балльная визуальная аналоговая шкала болевого синдрома. Контрольные осмотры и оценка жалоб проводились через 7 дней, 1, 6 и 12 мес после ТГД и склерозирования. Результаты лечения оценивались с помощью традиционных критериев.

Хорошим результатом считалось полное исчезновение основных симптомов заболевания – выпадения узлов и кровотечений. Удовлетворительным – значительное уменьшение выраженности основных симптомов, т. е. существенное снижение частоты и интенсивности кровотечений, уменьшение степени выпадения геморроидальных узлов. При сохранении выраженности любого из основных симптомов геморроя на прежнем уровне результат лечения считался неудовлетворительным.

Результаты и обсуждение

Непосредственные и отдаленные результаты лечения оценены у всех 29 пациентов, включенных в исследование. Ни одному пациенту, в обеих группах, в послеоперационном периоде, не потребовалось применение наркотических обезболивающих средств. Болевые ощущения не повлияли на течение сопутствующего заболевания, ставшего причиной отказа от геморроидэктомии. Очень важно, что ни одному пациенту не потребовалось снижения дозы или отмены лекарственных препаратов, принимаемых по поводу сопутствующих заболеваний.

Осложнение после ТГД зафиксировано у 1 пациента, когда на 2 сутки развился отек наружных геморроидальных узлов. В ходе консервативной противовоспалительной терапии в течение 3 сут явления отека купированы.

Через 7 дней после ТГД в хороший результат зафиксирован у 13 (86,7%) из 15 больных. В 2 случаях отмечен удовлетворительный результат (периодически сохранялись следы крови на бумаге после дефекации), причем оба пациента имели 4-ю степень геморроя.

Спустя месяц – зарегистрированы хорошие результаты у 14 (93,3%) пациентов 1 группы. В группе, где выполнялась склеротерапия, как через 7 дней, так и спустя месяц у 10 (71,4%) пациентов также зафиксированы хорошие результаты.

В 4 (28,6%) случаях отмечены неудовлетворительные результаты, т.е. сохранение на прежнем уровне выраженности кровотечений и/или выпадения геморроидальных узлов при дефекации (табл. 2.).

После склерозирующего лечения у 8 (57,2%) пациентов боли прекращались при окончании процедуры и извлечении аноскопа, у 6 (42,8%) они исчезали на 6-12 ч, но в последующем вновь появлялись. Интенсивность боли у данных пациентов была незначительной, а продолжительность ее составила от 24 ч до 7 сут. Всем 6 пациентам потребовался прием ненаркотических анальгетиков от 1 до 4 раз.

Осложнения склерозирующего лечения геморроя зафиксированы у 3 (21,4%) больных. У 2 пациентов развился тромбоз наружных геморроидальных узлов непосредственно после выполнения процедуры и у 1 больного на 4 сутки после лечения произошел некроз слизистой оболочки, покрывающей склерозированные геморроидальные узлы. В ходе консервативной противовоспалительной терапии в течение 6 сут, проявления осложнений склерозирующего лечения геморроя купированы.

В сроки 6 и более месяцев проведены контрольный опрос и осмотр всех 29 пациентов. Оценка эффективности лечения в более отдаленный период выявила, что через 6 и 12 мес результаты остались на прежнем уровне. Два пациента 1 группы, несмотря на сохранение у них симптомов геморроя той или иной степени выраженности, чувствовали себя удовлетворительно и продолжали получать поддерживающую консервативную терапию.

До настоящего времени отсутствует малоинвазивный способ лечения геморроя, обладающий одновременно и радикальностью, подобно геморроидэктомии, и достаточной безопасностью, позволяющей применять его у всех без исключения пациентов, в том числе у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Одним из перспективных способов малоинвазивного лечения геморроя является ТГД ветвей верхней прямокишечной артерии, которая может быть методом выбора при лечении пациентов с высоким хирургическим риском. ТГД показала не только безопасность, но и достаточно высокую эффективность у больных с геморроем 3-4 стадий и выражен-

Таблиця 2.

Результаты исследованных групп через 7 дней и 1 мес. после лечения

Результат	1 группа, n=15, абс. (%)		2 группа, n=14, абс. (%)	
	7 дней	7 дней	7 дней	1 мес.
Хороший	13 (86,7%)	13 (86,7%)	10 (71,4%)	13 (71,4%)
Удовлетворительный	2 (13,3%)	2 (13,3%)	–	–
Неудовлетворительный	–	–	2 (28,6%)	2 (28,6%)

Примечание: различия между группами статистически незначимы

Таблиця 3.

Результаты в исследованных группах через 6 и 12 мес. после лечения

Результат	1 группа, n=15, абс. (%)		2 группа, n=14, абс. (%)	
	6 мес	12 мес	6 мес	12 мес
Хороший	14 (93,3%)	14 (93,3%)	10 (71,4%)	10 (71,4%)
Удовлетворительный	1 (6,7%)	1 (6,7%)	4 (28,6%)	4 (28,6%)
Неудовлетворительный	–	–	–	–

Примечание: различия между группами статистически незначимы

ными сопутствующими заболеваниями, при которых имели место анестезиологические противопоказания к классической геморроидэктомии. Хорошие отдаленные результаты в 1 группе достигнуты у 93,3% больных, удовлетворительные – в 6,7%, а во 2 группе соответственно 71,4% и 28,6% (табл. 3.).

В отличие от других малоинвазивных методик ТГД практически лишена риска возникновения кровотечения после процедуры. В связи с этим у больных с кровоточащим геморроем, которые вынуждены принимать антикоагулянты, дезагреганты или которым предстоит принимать данные препараты для лечения сопутствующих заболеваний, наиболее подходящим методом воздействия на геморроидальные узлы является именно данный метод. Болевые ощущения у подавляющего числа пациентов являлись кратковременными, не требовали специального обезболивания и не влияли на течение сопутствующих заболеваний, а осложнения носили исключительно местный характер (при деартеризации – 6,7% и склерозирующем лечении – 21,4%) и быстро купировались консервативной терапией. Учитывая, что для больных с высоким хирургическим

риском кроме безопасности очень важна надежность и стойкость лечебного эффекта, по нашему мнению, ТГД является одним из наиболее приемлемых способов малоинвазивного лечения хронического геморроя.

Выводы

1. Трансанальная геморроидальная деартеризация ветвей верхней прямокишечной артерии является методом выбора лечения больных, у которых клинически выраженный геморрой развивается на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний.

2. Методика не приводит к ухудшению течения и декомпенсации сопутствующих заболеваний, а также не требует отмены или снижения дозы препаратов, влияющих на свертывающую систему крови.

3. Трансанальная геморроидальная деартеризация – один из наиболее безопасных в отношении кровотечения малоинвазивных методов воздействия на геморроидальные узлы, позволяющий полностью ликвидировать или значительно снизить выраженность основных симптомов хронического геморроя.

РЕЗУЛЬТАТИ ТРАНСАНАЛЬНОЇ ДЕАРТЕРІЗАЦІЇ ГІЛОК ВЕРХНЬОЇ РЕКТАЛЬНОЇ АРТЕРІЇ І СКЛЕРОЗИРУЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ГЕМОРОЮ У ХВОРИХ З ВИСОКИМ ХІРУРГІЧНИМ РИЗИКОМ

М.М. Милиця, В.П. Бакуменко, Н.Д. Постоленко

Мета дослідження – оцінити ефективність і безпеку різних малоінвазивних методів лікування хронічного геморою у хворих з важкими супутніми захворюваннями. У роботі, представлені результати ТГД гілок верхньої ректальної артерії і склерозуючого лікування геморою, виконані 29-ти пацієнтам з високим хірургічним ризиком. Через 7 днів хороший результат зафіксовано у 13 (86,7%) з 15 хворих. Через місяць - зареєстровані хороші результати у 14 (93,3%) пацієнтів. У групі, де виконувалася склеротерапія, як через 7 днів, так і через місяць у 10 (71,4%) пацієнтів також зафіксовані хороші результати. У 4 (28,6%) випадках відзначені незадовільні результати. Після ТГД больові відчуття не вплинули на перебіг супутнього захворювання, що стало причиною відмови від геморроїдектомії, ні одному пацієнтові не треба було знизувати дозу або скасування лікарських препаратів, що приймаються з приводу супутніх захворювань.

Ключові слова: трансанальна деартерізація гілок верхньої ректальної артерії, хронічний геморою, склерозуюче лікування.

RESULTS OF TRANSANAL DEARTERIALIZATION OF UPPER RECTAL ARTERY AND SCLEROSING TREATMENT OF HEMORRHOIDS IN PATIENTS WITH HIGH SURGICAL RISK

N.N. Militca, V.P. Bakumenko, N.D. Postolenko

Aim of investigation – assess the efficacy and safety of various minimally invasive treatments for chronic hemorrhoids in patients with severe concomitant diseases. The paper presents the results of THD branches of left common iliac artery and sclerosing treatment of hemorrhoids performed by 29-year-patients at high surgical risk. After 7 days, good results were recorded in 13 (86.7%) of 15 patients. A month later - reported good results in 14 (93.3%) patients. In the group where sclerotherapy was performed as 7 days and a

month later in 10 (71.4%) patients were also recorded good results. In 4 (28.6%) cases marked by poor results. After THD pain did not affect the course of concomitant diseases that caused the refusal of hemorrhoidectomy, no patient did not require dose reduction or withdrawal of medication taken over the associated diseases.

Key words: transanal dearterizatsiya branches of left common iliac artery, chronic hemorrhoids, sclerosing therapy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. – Москва. Митра-пресс. – 2002. – 192 с.
2. Воробьев Г.И. Выбор метода лечения геморроя / Г.И. Воробьев, Л.А. Благодарный // Хирургия. – 1999. – № 8. – С. 50-55.
3. Канаметов М.Х. Шовное лигирование терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии в лечении геморроя. / М.Х. Канаметов. – Дис...канд.мед.наук: 14.00.27. – Москва, 2002. – 125 с.
4. Костарев И.В. Склерозирующее лечение геморроя в сочетании с ультразвуковой кавитацией: диссертация кандидата медицинских наук: 14.00.27 / И.В. Костарев. – Москва, 2009. – 147 с.
5. Курбонов К.М. Осложнения после выполнения геморроидэктомии / К.М. Курбонов, Д.К. Мухаббатов, Н.М. Даминова // Клінічна хірургія. – 2002. – № 12. – С. 33-34.
6. Ханевич Р.В. Склерозирующая терапия геморроя. / Р.В. Ханевич, Р.В. Мирумян // Вестник хирургии. – 2004. – № 163 (2) – С. 132-134.
7. Kleinübing H.J. Longitudinal multiple rubber band ligation: an alternative method to treat mucosal prolapse of the anterior rectal wall. / H.J. Kleinübing, M.S. Pinho, L.C. Ferreira // Dis Colon Rectum. – 2006. – Vol. 49. – P. 876-878.
8. First 100 cases with Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation. / R. Greenberg, E. Karin, S. Avital et al. // Dis Colon Rectum. – 2006. – Vol. 49. – P. 485-489.
9. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation: an alternative to hemorrhoidectomy. / G. Felice, A. Privitera, E. Ellul et al. // Dis Colon Rectum. – 2005. – Vol. 48. – P. 2090-2093.
10. A prospective study of infrared coagulation, injection and rubber band ligation in the treatment of hemorrhoids / A.J. Walker, R.J. Leicester, R.J. Nicholls et al. // Int. J. Colorect. Dis. – 1990. – Vol. 5. – P. 113-116.

Стаття надійшла 28.02.2011