

УДК 616.147.17-007.64-085.225.4

Результаты склерозирующего лечения геморроя у больных с высоким хирургическим риском

И.В. Костарев, Л.А. Благодарный, С.А. Фролов

(Государственный научный центр колопроктологии Росмедтехнологий, Москва)

Results of sclerosing treatment of a hemorrhoids at patients with high surgical risk

I.V. Kostarev, L.A. Blagodarny, S.A. Frolov

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность различных вариантов склерозирующего лечения геморроя у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Материал и методы. У 13 пациентов с хроническим геморроем 2–4-й стадии проведено склерозирующее лечение в сочетании с ультразвуковой кавитацией, у 14 – склерозирующее лечение без дополнительных воздействий.

Результаты. Хорошие и удовлетворительные результаты лечения (исчезновение или существенное снижение частоты и интенсивности кровотечений, уменьшение степени выпадения геморроидальных узлов) спустя неделю и месяц в обеих группах были одинаковыми. Через 12 мес хороший результат после склерозирующего лечения в сочетании с ультразвуковой кавитацией констатирован в 58,3% случаев, в другой группе – в 15,4% ($p < 0,05$).

Заключение. Наилучшие отдаленные результаты получены после применения склеротерапии с ультразвуковой кавитацией, позволяющей полностью ликвидировать или значительно снизить выраженность основных симптомов хронического геморроя.

Ключевые слова: хронический геморрой, склерозирующее лечение.

Aim of investigation. To estimate efficacy and safety of various variants of sclerosing treatment of hemorrhoids at patients with severe concomitant diseases.

Material and methods. At 13 patients with chronic hemorrhoids of 2–4 stages sclerosing treatment in combination to ultrasound cavitation, at 14 patients – sclerosing treatment without additional procedures was carried out.

Results. Good and satisfactory results of treatment (termination or essential decrease of frequency and intensity of bleedings, decrease of degree of prolapse of hemorrhoids) after a week and month in both groups were identical. In 12 months good result after sclerosing treatment in combination to ultrasound cavitation is ascertained in 58,3% of cases, in the other group – in 15,4% ($p < 0,05$).

Conclusion. The best long-term results were obtained after application of sclerotherapy with ultrasound cavitation, allowing to liquidate completely or considerably decrease severity of basic signs of chronic hemorrhoids.

Key words: chronic hemorrhoids, sclerosing treatment.

Костарев Иван Васильевич – кандидат медицинских наук, врач-колопроктолог 2-го хирургического отделения общей и реконструктивной колопроктологии ФГУ «ГНЦ колопроктологии Росмедтехнологий»; контактная информация для переписки – 115230, Москва, Каширское шоссе, 5–1–172; эл. почта: djovani_80@mail.ru

Несмотря на совершенствование способов геморроидэктомии остается категория больных, которым данная операция не может быть выполнена в связи с различными медицинскими и социальными противопоказаниями. Одной из причин отказа от радикального лечения геморроя является пожилой и старческий возраст пациентов с одним или несколькими заболеваниями жизненно важных органов и систем организма в стадии суб- и декомпенсации. Кроме того, огромную роль, а часто и жизненно необходимую играет лечение хронического геморроя у больных, которым предстоят операции на сердце, сосудах, обширные и травматичные операции на суставах, у пациентов, которым проводятся иммунодепрессивная терапия, гемодиализ, а также при наличии заболеваний центральной нервной системы. Нередко эти пациенты в течение длительного времени получают прямые и непрямые антикоагулянты, химиотерапевтические препараты и другие средства, 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 может угрожать их жизни. Вот почему выбор метода лечения 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.

Существующие в настоящее время методы консервативной терапии геморроя хотя и решают ряд задач, однако не отличаются надежностью и стабильностью эффекта [1, 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. Однако среди существующих методов 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-й, так и при 3–4-й стадиях заболевания [4, 7, 8]. Но этот способ лечения геморроя, особенно у пациентов, получающих терапию антикоагулянтами, не может обеспечить стабильность купирования

кровотечений и даже обладает опасностью их развития после отхождения лигатур, что несколько ограничивает его применение у подобных больных [6].

Методом выбора при лечении хронического геморроя у больных с повышенным хирургическим риском остается склеротерапия. На современном уровне это один из наиболее надежных и быстрых способов остановки хронических геморроидальных кровотечений, способствующий также устранению выпадения узлов более чем у 70% пациентов со 2-й и 3-й стадиями заболевания [3]. Диапазон больных, у которых возможно эффективное лечение геморроя с помощью склеротерапии, значительно расширился за счет внедрения новой высокотехнологичной методики, позволяющей сочетать инъекции склерозирующего препарата с воздействием на ткань геморроидальных узлов ультразвуковой кавитации [9]. Применение последней обеспечивает более интенсивное распространение склерозирующего препарата в ткани геморроидального узла, что повышает эффективность методики и позволяет применять склерозирующее лечение у больных хроническим геморроем 3-й стадии [3].

Материал и методы исследования

С ноября 2005 г. по февраль 2009 г. в ГНЦ колопроктологии Росмедтехнологий в проспективное рандомизированное исследование по оценке эффективности и безопасности различных вариантов склерозирующего лечения геморроя у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями включено 27 пациентов, которые были распределены в 2 группы. В 1-ю группу вошли 13 больных хроническим геморроем 2–4-й стадий, которым проведено склерозирующее лечение в сочетании с ультразвуковой кавитацией. Во 2-ю группу включено 14 пациентов, которым выполнено склерозирующее лечение без дополнительных воздействий (табл. 1).

Среди пациентов обеих групп мужчин было 13, женщин 14. Возраст обследованных колебался от 40 до 82 лет (средний $63,6 \pm 10,7$ года). Сроки наблюдения за больными составили от 3 до 36 мес ($M = 18,5$). Из всех пациентов 2-я стадия заболевания отмечена у 3 (11,1%), 3-я — у 22 (81,5%), 4-я — у 2 (7,4%). Группы равнозначны по полу, возрасту и стадии заболевания.

Причинами отказа от геморроидэктомии у 19 (70,4%) больных послужили тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, недостаточность кровообращения, пороки клапанного аппарата сердца, состояние после острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе). У 3 (11,1%) пациентов имелось заболевание нервной системы, у 3 (11,1%) — заболе-

Таблица 1

Распределение пациентов в группах исследования* по стадиям заболевания, абс. число (%)

Стадия геморроя	Группа исследования	
	1-я (склеротерапия с ультразвуковой кавитацией, n=13)	2-я (склеротерапия без дополнительных воздействий, n=14)
2-я	1 (7,7)	2 (14,3)
3-я	11 (84,6)	11 (78,6)
4-я	1 (7,7)	1 (7,1)
Всего ...	13 (100,0)	14 (100,0)

*Различия между группами статистически незначимы.

Таблица 2

Характер сопутствующих заболеваний

Сопутствующие заболевания, ставшие противопоказанием к геморроидэктомии	Количество больных (n=27)	
	Абс. число	%
Заболевания сердечно-сосудистой системы	19	70,4
Посттравматический тетрапарез	1	3,7
Посттравматический гемипарез	1	3,7
Детский церебральный паралич	1	3,7
Хроническая почечная недостаточность (гемодиализ)	1	3,7
Тромбоцитопения, тромбоцитопатия	2	7,4
Лимфома Ходжкина	1	3,7
Двусторонний коксартроз	1	3,7

вание крови, у 1 (3,7%) — заболевание почек и у 1 (3,7%) больной — двусторонний коксартроз с резким ограничением движений в тазобедренных суставах (табл. 2).

Из 27 пациентов у 4 (14,8%) лечение геморроя было необходимым условием перед выполнением планового оперативного вмешательства по поводу основного заболевания.

Преобладающим симптомом до проведения процедуры являлось обильное выделение крови при дефекации у 12 (92,3%) из 13 больных 1-й группы. Во 2-й группе данный симптом зафиксирован у каждого из 14 пациентов. Симптом выпадения узлов различной степени выраженности отмечен у всех больных, включенных в исследование.

В качестве склерозирующих препаратов использовались наиболее эффективные и безопасные концентрации препаратов из группы детергентов — 3% раствор этоксисклерола (полидоканола) и 1% раствор фибро-вейна (тетрадецилсульфата натрия) [2]. Для проведения процедуры, сочетающей склеротерапию с обработкой ткани геморроидальных узлов низкочастотным ультразвуком (ультразвуковая кавитация), применялся аппарат «Проксон» (фирма «Симбитек», Волгоград). Введение склерозирующего препарата и обработка ткани ультразвуком при данной методике осуществляется с помощью рабочего окончания аппарата, выполненного в виде полый иглы. Ультразвуковое воздействие производится

через предварительно вводимый жидкий склерозирующий раствор. В результате процесса кавитации, который развивается в жидких средах под влиянием низкочастотного высокоинтенсивного ультразвука, применяемый препарат интенсивно распространяется в зоне воздействия [3, 9]. Это приводит к более выраженному влиянию склерозирующего препарата на ткань геморроидальных узлов и повышает эффективность процедуры. Продолжительность ультразвукового воздействия после инъекции — 16 с, интенсивность воздействия составляла 14 из 15 возможных позиций, предусмотренных производителями.

Во время выполнения инъекций и в сроки до 14 дней после процедуры оценивались частота возникновения, интенсивность и продолжительность болевых ощущений. С этой целью применялась 10-балльная визуальная аналоговая шкала болевого синдрома, с помощью которой пациенты самостоятельно оценивали возникающую боль.

Контрольные осмотры и оценка жалоб проводились через 7 дней, 1, 6 и 12 мес после склерозирования всех внутренних геморроидальных узлов. 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

Таблица 3

Частота болевых ощущений
в исследованных группах* после склеротерапии геморроя, абс. число (%)

Группа	Продолжительность боли			
	Во время процедуры	12–24 ч после процедуры	25–72 ч после процедуры	73–168 ч после процедуры
1-я (n=13)	10 (76,9)	1 (7,7)	—	1 (7,7)
2-я (n=14)	11 (78,6)	1 (7,1)	1 (7,1)	1 (7,1)
Всего ...	21 (77,8)	2 (7,4)	1 (3,7)	2 (7,4)

*Различия между группами статистически незначимы ($p > 0,05$).

дения геморроидальных узлов. При сохранении выраженности любого из основных симптомов геморроя на прежнем уровне результат лечения считался неудовлетворительным.

Результаты исследования

Непосредственные результаты лечения оценены у всех 27 пациентов, включенных в исследование, отдаленные (12 и более мес) — у 25 (92,6%).

В 1-й группе непосредственно во время процедуры болевые ощущения отмечены у 10 (76,9%) больных, во 2-й группе — у 11 (78,6%). Во всех случаях выраженность болей была незначительной или умеренной (1–7 баллов, $Me = 2$ и 1 балл соответственно). Ни одному пациенту не потребовалось применение обезболивающих средств.

В группе, где проводилась склеротерапия с ультразвуковой кавитацией, из 10 пациентов, отметивших боли во время инъекций, у 8 (80%) они прекращались самостоятельно непосредственно после окончания процедуры. В 2 (20%) случаях через 6–12 ч болевые ощущения появлялись вновь и сохранялись от 24 ч до 7 сут. Лишь 1 больному для их купирования потребовался однократный прием ненаркотического анальгетика.

После традиционного варианта склерозирующего лечения у 8 (72,7%) пациентов боли прекращались при окончании процедуры и извлечении аноскопа, у 3 (27,3%) они исчезали на 6–12 ч, но в последующем вновь появлялись. Интенсивность боли у данных пациентов была незначительной, а продолжительность ее, как и в 1-й группе, составила от 24 ч до 7 сут. Всем 3 пациентам потребовался прием ненаркотических анальгетиков от 1 до 4 раз (табл. 3).

Ни в одном случае возникающие болевые ощущения не повлияли на течение сопутствующего заболевания, ставшего причиной отказа от геморроидэктомии. Также очень важно, что ни одному пациенту не потребовалось снижения дозы или отмены лекарственных препаратов, принимаемых по поводу сопутствующих заболеваний.

Осложнения склерозирующего лечения геморроя зафиксированы у 2 (14,3%) больных после

традиционного варианта инъекций. У 1 пациента развился отек наружного геморроидального узла непосредственно после выполнения процедуры и у 1 больной на 4-е сутки после лечения произошел некроз слизистой оболочки, покрывающей склерозированные геморроидальные узлы. На фоне некроза отмечался умеренно выраженный болевой синдром. Следует сказать, что противопоказанием к геморроидэктомии у данной больной являлась тромбоцитопения с нарушением свертывающей системы крови. В ходе консервативной противовоспалительной терапии в течение 6–8 сут явления отека наружного геморроидального узла и воспалительные изменения в области участков некроза слизистой оболочки были купированы.

У пациентов, которым выполнялась склеротерапия в сочетании с ультразвуковой кавитацией, осложнений не наблюдалось.

Через 7 дней после склерозирующего лечения в 1-й группе хороший результат зафиксирован у 11 (84,6%) из 13 больных. В 1 (7,7%) случае отмечен удовлетворительный результат (периодически сохранялись следы крови на бумаге после дефекации) и в 1 (7,7%) — неудовлетворительный (выпадение геморроидальных узлов на том же уровне, что до выполнения инъекций). Спустя месяц после процедуры зарегистрированы практически аналогичные результаты.

В группе, где выполнялась традиционная склеротерапия, как через 7 дней, так и спустя месяц у большей части пациентов также зафиксированы хорошие результаты (85,7 и 78,6% соответственно). В 2 (14,3%) случаях отмечены неудовлетворительные результаты, т. е. сохранение на прежнем уровне выраженности кровотечений и/или выпадения геморроидальных узлов при дефекации (табл. 4).

В сроки 6 и более месяцев проведены контрольный опрос и осмотр 12 пациентов из 1-й группы и 13 — из 2-й. Оценка эффективности лечения в более отдаленный период выявила, что через 6 и 12 мес результаты в обеих группах были несколько хуже, чем в сроки до 1 мес после процедуры. Однако в группе, где выполнялось склерозирующее лечение в сочетании с ультразвуковой кавитацией, было больше пациентов, у

Таблица 4

Результаты склерозирующего лечения
в исследованных группах* через 7 дней и 1 мес после процедуры, абс. число (%)

Результат	1-я группа (n=13)		2-я группа (n=14)	
	7 дней	1 мес	7 дней	1 мес
Хороший	11 (84,6)	11 (84,6)	12 (85,7)	11 (78,6)
Удовлетворительный	1 (7,7)	1 (7,7)	2 (14,3)	1 (7,1)
Неудовлетворительный	1 (7,7)	1 (7,7)	—	2 (14,3)

*Различия между аналогичными показателями статистически незначимы ($p>0,05$, тест Фишера).

Таблица 5

Результаты склерозирующего лечения
в исследованных группах через 6 и 12 мес после процедуры, абс. число (%)

Результат	1-я группа (n=12)		2-я группа (n=13)	
	6 мес	12 мес	6 мес	12 мес
Хороший	8 (66,7)*	7 (58,3)**	5 (38,5)*	2 (15,4)**
Удовлетворительный	3 (25)*	4 (33,4)*	6 (46,1)*	9 (69,2)*
Неудовлетворительный	1 (8,3)*	1 (8,3)*	2 (15,4)*	2 (15,4)*

*Различия между аналогичными показателями статистически незначимы ($p>0,05$, тест Фишера).

**Различия между аналогичными показателями статистически значимы ($p<0,05$, тест Фишера).

которых зафиксирован хороший результат. Так, при контрольном опросе и осмотре больных через 6 мес в 1-й группе хороший результат отмечался в 8 (66,7%) случаях, а во 2-й группе — в 5 (38,5%), неудовлетворительный — соответственно у 1 (8,3%) и у 2 (15,4%) пациентов. Различия между группами по результатам лечения в данный период были статистически незначимы ($p>0,05$, тест Фишера).

Через 12 мес в 1-й группе хорошие результаты зарегистрированы у 7 (58,3%) больных (за весь период у них ни разу не отмечалось выделения крови при дефекации и выпадения узлов), в 4 (33,4%) случаях наблюдался удовлетворительный результат и в 1 (8,3%) — неудовлетворительный (возврат симптомов заболевания к прежнему уровню). В то же время во 2-й группе хороший результат зафиксирован лишь у 2 (15,4%) больных. У большинства пациентов (69,2%) отмечался удовлетворительный результат лечения и в 2 (15,4%) случаях — неудовлетворительный (табл. 5). При анализе полученных данных выявлены статистически значимые различия между группами по количеству хороших результатов ($p=0,0414$, тест Фишера).

В последующем 2 пациентам 1-й группы и 1 пациенту 2-й группы в связи с сохранением симптомов геморроя был выполнен 3-й этап склерозирующего лечения, на котором удалось добиться хороших результатов. Остальные больные, несмотря на сохранение у них симптомов геморроя той или иной степени выраженности, чувствовали себя удовлетворительно и продолжали получать поддерживающую консервативную терапию.

Обсуждение результатов исследования

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, не требующих какой-либо анестезии, способов малоинвазивного лечения геморроя является склеротерапия, которая может быть методом выбора при лечении пациентов с высоким хирургическим риском.

Склерозирующее лечение детергентами показало не только безопасность, но и достаточно высокую эффективность у больных с геморроем 2–4-й стадий и выраженными сопутствующими заболеваниями, при которых противопоказана геморроидэктомия (хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты в 1-й группе достигнуты в 91,7% случаев, во 2-й группе — в 84,6%). В отличие от других малоинвазивных методик склеротерапия 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 склеротерапия. Эффективность инъекций, которые сочетались с ультразвуковой кавитацией, в отдаленный период, была существенно выше

по сравнению с традиционным методом (полное отсутствие кровотечений и выпадения узлов в 58,3 и 15,4% соответственно, $p < 0,05$). 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 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, склеротерапия с ультразвуковой кавитацией является одним из наиболее приемлемых способов малоинвазивного лечения хронического геморроя.

Заключение

Таким образом, склеротерапия с применением препаратов из группы детергентов (полидоканол, тетрадецилсульфат натрия) является методом выбора лечения больных, у которых клиничес-

ки выраженный геморрой развивается на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний. Методика не приводит к ухудшению течения и декомпенсации сопутствующих заболеваний, а также не требует отмены или снижения дозы препаратов, влияющих на свертывающую систему крови. Склерозирующее лечение — один из наиболее безопасных в отношении кровотечения малоинвазивных методов воздействия на геморроидальные узлы у пациентов, постоянно получающих антикоагулянтную терапию или применяющих дезагреганты. Наилучшие отдаленные результаты получены после применения склеротерапии с ультразвуковой кавитацией, позволяющей полностью ликвидировать или значительно снизить выраженность основных симптомов хронического геморроя. Это характеризует данный метод как наиболее предпочтительный в настоящее время вариант склерозирующего лечения геморроя, в том числе у больных с высоким хирургическим риском.

Список литературы

1. Воробьев Г.И., Благодарный Л.А. Выбор метода лечения геморроя // Хирургия. — 1999. — № 8. — С. 50–55.
2. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. — М., 2002. — 192 с.
3. Костарев И.В., Благодарный Л.А., Фролов С.А. Отдаленные результаты после различных вариантов склерозирующего лечения геморроя детергентами // Колопроктология. — 2008. — Т. 4, № 26. — С. 4–9.
4. El Nakeeb A.M., Fikry A.A., Omar W.H. et al. Rubber band ligation for 750 cases of symptomatic hemorrhoids out of 2200 cases // World J. Gastroenterol. — 2008. — Vol. 14, N 42. — P. 6525–6530.
5. Knoch H.G., Klug W., Melzer B. Treatment of hemorrhoids based on stages // Coloproctology. — 1991. — Vol. 8, N 6. — P. 364–370.
6. Nelson R.S., Ewing B.M., Ternent C. et al. Risk of late bleeding following hemorrhoidal banding in patients on antithrombotic prophylaxis // Am. J. Surg. — 2008. — Vol. 196, N 6. — P. 994–999.
7. Odelowo O.O., Mekasha G., Johnson M.A. Massive life-threatening lower gastrointestinal hemorrhage following hemorrhoidal rubber band ligation // J. Natl. Med. Assoc. — 2002. — Vol. 94, N 12. — P. 1089–1092.
8. Ricci M.P., Matos D., Saad S.S. Ligation and infrared photocoagulation for the outpatient treatment of disease // Acta Cir. Bras. — 2008. — Vol. 23, N 1. — P. 102–106.
9. Solov'yev O.L. et al. Application of CTAP for the benign anorectal disease: hemorrhoids sclerotherapy with ultrasound influence // Proktologia supplement. — 2006. — Vol. 1. — P. 82–83.
10. Walker A.J., Leicester R.J., Nicholls R.J. et al. A prospective study of infrared coagulation, injection and rubber band ligation in the treatment of hemorrhoids // Int. J. Colorect. Dis. — 1990. — Vol. 5. — P. 113–116.