

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

ВОЛКОВ А. В. , МУХИН А.Г., КОМАРОВА М.Ю.
Центр диагностики и реабилитации филиал ООО «Мострансгаз»,
Клиника Андрологии, Москва

Согласно мировой статистике геморрой занимает первое место среди заболеваний проктологического профиля. Данный диагноз устанавливается 40 – 60% больных, обращающихся в кабинеты и отделения колопроктологии.

Развитие фармакологической базы, внедрение различных малоинвазивных, щадящих методик, использование современных способов рассечения тканей открыли новые возможности в выборе индивидуализированного оптимального лечения различных форм и стадий хронического и острого геморроя.

Цель работы: Оптимизировать тактику лечения геморроя в амбулаторных условиях с учетом особенности клинического течения.

Материалы и методы: С 2001 по 2008 г. у нас проходили обследование и лечение 2675 больных с различными стадиями и клиническими формами геморроя (таб. № 1), из них 1588 (59,4%) мужчин и 1087 (40,6%) женщин, подавляющее большинство - в возрасте от 35 до 55 лет (87.1 %). В представленную группу не вошли больные, обратившиеся с хроническим геморроем 4-й стадией увеличения внутренних геморроидальных узлов, выпадением анального канала и слизистой оболочки дистальной части прямой кишки, с 3-й стадией с циркулярным расположением наружных геморроидальных узлов, а также, с тяжелой соматической патологией. Мы считаем, что данные пациенты, в основном, нуждаются в выполнении классических операций в стационарных условиях. Этим больным мы давали рекомендации по диете, режиму, комплексному медикаментозному лечению и направляли в специализированные отделения колопроктологии.

Таблица № 1. Клинические формы и стадии геморроя.

Формы и стадии геморроя	Количество б-х	% %
Наружные геморроидальные узлы и периаанальные бахромки	134	5%
Хронический внутренний геморрой	1016	38 %
1 стадия	107	4%
II стадия	428	16%
III стадия	481	18%
Хронический комбинированный геморрой	1525	57%
1 стадия	161	6%
II стадия	642	24%
III стадия	722	27%
ВСЕГО	2675	100%

Современная классификация отражает степень увеличения внутренних геморроидальных узлов и синдром выпадения, не учитывая наличие и состояние наружных. Поэтому мы представили свой материал, выделив группу с комбинированным геморроем, который встречается значительно чаще. По нашему мнению, любая классификация должна не только отражать все

многообразии клинических форм заболевания, но и давать ключ к выбору тактики лечения.

Следует отметить, что не всегда размеры всех внутренних геморроидальных узлов и клинические критерии соответствуют только одной из стадий заболевания. Иногда лишь один из выявленных соответствует III стадии. Остальные могут быть I или II, либо вообще не выражены. При обследовании выявляем от 2 до 5 очевидно увеличенных внутренних геморроидальных узлов. В диагнозе стадия заболевания устанавливается по наиболее увеличенному узлу. При проведении лечения важны как индивидуальный подход к пациенту, так и выбор рационального метода воздействия на каждый из узлов.

В своей практике мы используем аппарат лазерной терапии «Мустанг» инфракрасный коагулятор, вакуумный лигатор, операции проводим радиоволновым прибором «Сургитрон». Инъекционным методом пользуемся крайне редко.

Перед операцией готовим кишку, операционное поле, вводим не наркотические обезболивающие средства, профилактически – диклонин. Оперативные вмешательства проводим под местной инфильтрационной анестезией (2% раствор лидокаина, 0.5% - новокаина). Анальный канал и дистальную часть прямой кишки орошаем 10% раствором лидокаина.

Перианальные бахромки, как правило, формируются после ранее перенесенного отека и \ или острого тромбоза наружных геморроидальных узлов, имеют вид довольно выраженных кожных складок. С подобной ситуацией, в основном, обращаются молодые дамы, основными жалобами которых являются частые «воспаления», невозможность носить модное белье, неудобства в интимных отношениях.

Удаление выраженных наружных геморроидальных узлов и перианальных бахромок мы рекомендуем молодым женщинам, планирующим рождение ребенка, так как при вынашивании беременности, во время или после родов не редко развивается острый отек и тромбоз этих образований.

Перед началом инфильтрационной анестезии границы бахромки или наружного геморроидального узла обозначаем красителем (метиленовая синь, бриллиантовая зелень). Образование иссекаем с формированием раны в виде лепестка. Рану ушиваем наглухо или частично. При наличии выраженного внутреннего геморроидального узла в сегменте, соответствующем расположению бахромки, предварительно выполняем лигирование его питающей ножки.

В I стадии заболевания рекомендуем комплексную консервативную терапию (соответствующую диету, гигиенический и профессионально-бытовой режим, венотоники, дезагреганты, противовоспалительные свечи и т.д.). При безуспешности лечения и рецидивных кровотечениях выполняем инфракрасную коагуляцию или проводим инъекционную склеротерапию.

При II степени увеличения внутренних узлов используем инфракрасную коагуляцию либо вакуумное лигирование по известным методикам.

В III стадии предпочитаем проводить последовательное лигирование одного-двух узлов за один сеанс. При наличии выраженных наружных геморроидальных узлов сразу выполняем их удаление в сегментах, соответствующих лигированным.

Дальнейшие вмешательства проводим через 2-3 недели, по мере заживления кожных ран и стихания болевого синдрома. Причем не полная эпителизация, по нашему мнению не является противопоказанием к проведению дальнейшего лигирования.

К сожалению, приходится констатировать, что до сих пор причиной первичного обращения к специалисту в подавляющем большинстве случаев (75,9%) являются развившиеся осложнения хронического геморроя (таблица № 2). Половина из осмотренных имели острый тромбоз (49,2 %), 38,9 % - острый отек наружных узлов, у 11,9 % диагностирована анемия в результате рецидивных кровотечений.

Нередко в остром периоде имеются сочетания перечисленных осложнений, мы их распределили по преобладающему признаку.

Таблица № 2. Осложненный геморрой.

Характер осложнения	1 стадия	II стадия	III стадия	Всего
Отек	32 19,6%	289 37,4%	471 42,9%	792 38,9%
Тромбоз	102 62,6%	402 52,0%	496 45,2%	1000 49,2%
Анемия	29 17,8%	82 10,6%	131 11,9%	242 11,9%
Всего	163 8,0%	773 38,0%	1098 54,0%	2034 100%

Синдромы кровотечения и выпадения зависят от состояния внутренних геморроидальных узлов. Отеку и тромбозу подвергаются наружные.

Подавляющее большинство наблюдающихся кровотечений, сочетающиеся с тромбозом и отеком не носили массивного характера. Однако, это учитывали при подборе лекарственной терапии, воздерживаясь от облучения узлов лазерной установкой. В каждой из клинических стадий геморроя различные осложнения встречались с разной частотой.

В I стадии гораздо чаще встречался тромбоз (62,6%), но, как правило, не носил выраженного характера. Отек и тромбоз в данной стадии хорошо поддавались комплексным консервативным мероприятиям на фоне лазерного облучения (7-10 сеансов). Лишь иногда, при организации тромба и стихании явлений острого воспаления выполняли иссечение узла. В случаях рецидивных кровотечений применяли инфракрасную коагуляцию или склеротерапию.

При II стадии заболевания отек, встретившийся в 37,4%, как правило, купировали за 7-10 дней, лишь затем проводили последовательное лигирование на фоне приема дезагрегантов и венотоников. Остающиеся выраженные наружные геморроидальные узлы удаляли оперативным путем прибором «Сургитрон». При остром тромбозе (52,0%), после консервативного лечения в течении 10 – 12 дней, выполняли удаление тромбированного узла, в основном с предварительным лигированием соответствующего внутреннего.

В случаях осложненных форм III стадии геморроя тактика лечения практически не отличалась от предыдущей. Однако сроки лечения и выздоровления удлинились в среднем на 5-7 дней, а сами манипуляции были несколько сложнее в техническом отношении.

Оперированных больных наблюдали не менее 2 часов. При отсутствии признаков кровотечения из операционной раны, стабильных гемодинамических показателей, отсутствии жалоб, в удовлетворительном состоянии отпускали домой, осуществляя активный контроль по телефону. Первую перевязку выполняли на следующий день или на вторые сутки. Во время перевязок, для

снижения интенсивности болевого синдрома использовали ненаркотические анальгетики, интратректальное введение «Катаджеля» или «Инстилагеля», противовоспалительные и обезболивающие свечи. Оставшиеся наружные геморроидальные узлы обрабатывали мазью «Гепатромбин Г». Больным давали соответствующие рекомендации по диете, профессионально-бытовому режиму, уходу за раной. Последующие перевязки обычно проводили соответственно через 3, 7, 12 - 14 дней;

контрольный осмотр – на 20 –25 день.

В процессе проводимого лечения в 12 случаях наблюдали преждевременное

отхождение лигатур (на 2-3 сутки) или раневых струпов. Лишь у 2 больных развилось кровотечение, потребовавшее госпитализации. Осложнений, наблюдаемых

после традиционных геморроидэктомий (недержание кишечного содержимого, стриктуры) мы не наблюдали.

У 17 человек, оперированных по поводу острого тромбоза, в послеоперационном периоде развился отек смежных наружных геморроидальных узлов разрешившийся консервативными мероприятиями; у 3 – тромбоз, потребовавший у 2-тромбэктомии и 1 – иссечение узла.

У 36 больных, спустя 1.5-3 года после лигирования и инфракрасной коагуляции, выполнили повторные вмешательства на внутренних геморроидальных узлах, развившихся в других сегментах.

Выводы:

1. Принятая международная классификация, на наш взгляд, не в полной мере отражает разнообразия различных клинических форм и осложнений геморроя.
2. Современные лекарственные препараты, приборы, инструменты и аппаратура позволяют выбрать оптимальную тактику лечения различных вариантов хронического и острого геморроя.
3. Предлагаемая тактика лечения является безопасной, не имеющей осложнений, наблюдаемых после традиционных операций, и позволяет радикально излечить заболевание в амбулаторных условиях.
4. Несмотря на то, что поэтапное лечение геморроя в амбулаторных условиях занимает довольно длительное время, больные практически не теряют профессионально-бытовой и социальной активности в этот период.

Литература:

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 432с., ил.
2. Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный Геморрой – М, 2002, 192 с.
3. Мальцев В.Н. Медицинская реабилитация больных с неопухолевыми заболеваниями прямой кишки, анального канала и мягких тканей промежности.- Харьков: Торнадо, 2004.- 202с.
4. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии – М.: - «Медпрактика.» . 2001 . – 300с.
5. Семионкин Е.И. Колопроктология – М: ИД Медпрактика-М,2004, 224 с.
6. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М.: Медицина. – 1984, 384с.
- 7.Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология – М.: ГНЦ проктологии, 1994. – 432 с. с илл.