

Сравнительная оценка результатов лечения острого геморроидального тромбоза в амбулаторной практике

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

В статье приведены данные о результатах лечения пациентов с острым геморроидальным тромбозом в амбулаторных условиях. Проанализированы частота встречаемости данной патологии в поликлинических учреждениях г. Минска, эпидемиология заболевания, лечебная тактика врачей-хирургов амбулаторного звена в отношении острого геморроидального тромбоза, результаты лечения. Акцентируется внимание на эффективность активной хирургической тактики в отношении рассматриваемой патологии и возможность применения для лечения острого наружного локального геморроя современного лазерного оборудования, что позволяет минимизировать период лечения и ускорять процесс социальной и трудовой реабилитации пациентов.

Ключевые слова: острый геморроидальный тромбоз, острый геморрой, тромбэктомия.

Геморрой является самым распространенным проктологическим заболеванием, его удельный вес в общей структуре колоректальной патологии составляет от 30% до 42%. По приблизительной оценке геморроем в различном клиническом проявлении страдает около 10–15% взрослого населения развитых стран [1, 3, 4, 5]. Анализ структуры обращаемости пациентов за амбулаторной хирургической помощью в городе Минске показывает, что подавляющее большинство случаев связанных с визитом в поликлинику по поводу геморроя – это острый геморроидальный тромбоз или по другому - острый геморрой. В этой статье мы не рассматриваем вопросы терминологии обозначенной патологии, по этому поводу за последние 20 лет было издано достаточно много публикаций, а предлагаем ознакомиться с нашим опытом лечения пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях.

Наиболее частыми причинными факторами развития острого геморроя являются запоры или наоборот поносы, тяжелая физическая нагрузка, гиподинамия, беременность, переохлаждение, злоупотребление острой или высокоэкстрагированной пищей, а также алкоголем. Все эти этиологические агенты в конечном итоге приводят к нарушению кавернозной гемодинамики в анальной области, перерастяжению геморроидальных сплетений, повреждению эндотелия и формированию тромба. В зоне тромбоза за счет лейкоцитарной инфильтрации и микроциркуляторного стаза прогрессивно нарастает отек тканей, а степень отека и воспалительной реакции определяет клиническую и патоморфологическую симптоматику [1,3, 4, 5].

Топографически выделяют тромбоз наружных, внутренних узлов или комбинированный тромбоз (внутренних и наружных).

По выраженности клинических и патоморфологических признаков выделяют три степени тяжести острого геморроя. При первой степени зона тромбоза и перифокального воспаления имеет небольшой объем, тугоэластическую консистенцию, умеренную болезненность при пальпации. При второй степени

наблюдается более выраженный отек большей части тканей переанальной области, гиперемия, резкая болезненность при ректальном пальцевом исследовании. При третьей степени тяжести вся окружность заднего прохода вовлечена в воспалительный инфильтрат, пальпация резко болезненна, в области заднего прохода локализуются багровые или синюшно-багровые геморроидальные узлы, покрытые налетами фибрина, может наблюдаться некроз мягких тканей, вследствие чего слизистая оболочка или кожа, покрывающая их, изъязвляется, появляются участки черного цвета, наблюдается кровоточивость, в запущенных случаях может развиваться острый парапроктит [1, 3].

Все эти изменения обуславливают клиническую симптоматику и потребность пациента в амбулаторной помощи. Возникающие боли и выраженный местный дискомфорт в значительной степени влияют на физическую, социальную и часто психическую сферу человека, ограничивают его трудоспособность. Поэтому разработка и внедрение эффективных методик лечения острого геморроидального тромбоза является важной с экономической и социальной точки зрения задачей хирурга амбулаторной практики [2, 3, 6].

Целью настоящего исследования является оценка результатов лечения острого геморроидального тромбоза в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы.

Для оценки результатов лечения пациентов с острым геморроидальным тромбозом произведен ретроспективный анализ амбулаторных карт семи поликлиник города Минска в Октябрьском, Московском и Советском районе с охватом населения в 282000 человек из которых 201000 – лица трудоспособного возраста. Хронологический анализ произведен за период 2007-2010 год. Анализировались следующие показатели – пол, возраст пациентов, длительность случая нетрудоспособности, количество случаев нетрудоспособности по данному заболеванию у пациента за исследуемый период, схема лечения заболевания.

Аналізу подвержены были также результаты лечения пациентов в городском центре амбулаторной и малоинвазивной хирургии УЗ «11-я клиническая больница» и ООО «Медандровит» за период 2005-2010 год. Изучение результатов лечения производилось по вышеуказанному принципу, помимо этих показателей учитывалась морфологическая форма заболевания, как критерий определения показаний к хирургическому лечению.

Результаты и обсуждение.

При анализе заболеваемости острым геморроем по семи поликлиникам города Минска в трех административных районах выявлено, что за период 2007-2010 год обращаемость составила 1507 случаев. Оценка динамики годовой обращаемости (рис. 1), говорит об уменьшении в течение указанного периода количества пациентов с острым геморроем в территориальных поликлинических учреждениях. Однако судить об истинном характере изменения заболеваемости данной патологией населения этих районов г. Минска по полученным результатам не представляется возможным, ввиду динамического развития за указанный временной промежуток частных медицинских услуг в городе. Анализ обращаемости по изучаемой патологии в отдельные медицинские негосударственные центры показывает ежегодный прирост в среднем на 6%

случаев с острым геморроем за исследуемый четырехлетний период, А анонимное анкетирование пациентов на первичном приеме говорит о том, что 65% больных пришли за оказанием помощи именно в поликлинику только по причине необходимости иметь лист временной нетрудоспособности.

Из 1507 человек, пролеченных за год в семи поликлиниках г. Минска 1234 пациента оформили временную нетрудоспособность, при этом длительность одного случая нетрудоспособности составила $13 \pm 4,71$ день.

Из всего числа обратившихся 94% составляют мужчины и всего 6% - женщины. По топографической характеристике у 85% пациентов имел место острый тромбоз наружного геморроидального узла, при этом 123 человека за анализируемый период лечились с этой патологией дважды, 37 пациентов обратились за четыре года более трех раз.

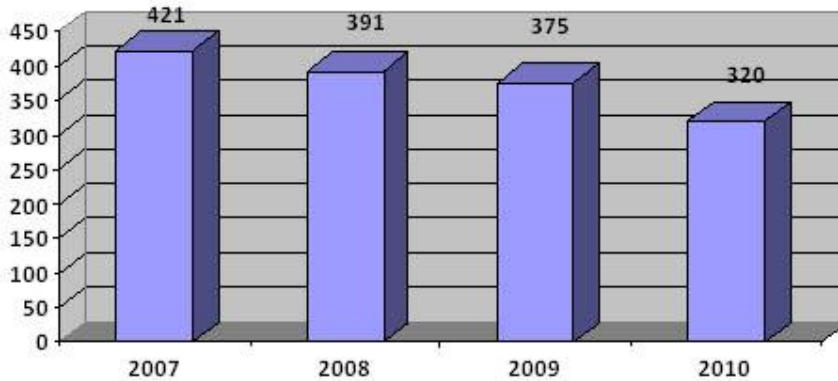


Рис. 1 Динамика заболеваемости острым геморроидальным тромбозом в анализируемых поликлиниках.

Всем пациентам проводилось только консервативное лечение с назначением дезагрегантов, венотоников и местных средств в виде мазей, свечей, фитотерапии.

В городском центре амбулаторной и малоинвазивной хирургии УЗ «11-я клиническая больница» и ООО «Медандровит» за период 2006-2010 год нами пролечено 430 пациентов. Из них 357 лиц мужского пола и 73 женского, что соответственно составило 83% и 17%. Все пациенты были в трудоспособном возрасте от 18 до 57 лет (табл. 1).

Таблица 1. Отдельные статистические показатели пациентов с острым геморроидальным тромбозом.

| Характеристики пациентов | Показатели |
|--------------------------|---------------|
| Пол: | |
| - мужской, n (%) | 357 (83%) |
| - женский, n (%) | 73 (17%) |
| Средний возраст | $42 \pm 14,2$ |
| Степень процесса: | |
| - первая, n (%) | 220 (51,2%) |
| - вторая, n (%) | 175 (40,7%) |
| - третья, n (%) | 35 (8,1%) |

Для выбора тактики лечения мы ориентировались на степень выраженности процесса и форму заболевания. Под формой заболевания понимали в первую очередь распространенность тромбоза, так при «локальной» или «нодулярной» форме в едином воспалительном конгломерате в переанальной подкожной клетчатке определяются как правило одно или реже несколько плотных образований, представляющих собой тромбированные каверны диаметром около 1 см и более. При «рассыпчатой» или «милиарной» форме тромбоза внутри воспалительного переанального инфильтрата имеются мелкие тромбированные геморроидальные структуры от 2-3 мм до 5-6 мм, количество которых может варьировать от нескольких узелков до десятков.

В 93 % случаев патологический процесс локализовался только в одном секторе анальной области, у 7% пациентом из всех наблюдений мы констатировали тромбоз геморроидальных узлов более чем в одном анатомическом анальном секторе. В 92% случаев острый геморроидальный тромбоз затрагивал только область наружного геморроидального сплетения и в 8% случаев имело место сочетание тромбоза наружного и внутреннего геморроидального узла.

У 53 человек в анамнезе было более 2-х случаев обострения заболевания в году, при этом в подавляющем большинстве наблюдении - это 91%, тромбоз развивался у пациента всегда в одном и том же секторе.

Приоритет при лечении нодулярной формы мы отдавали активной хирургической тактике – тромбэктомии в различных вариантах, поскольку считаем, что основные клинические проявления, доставляющие физический дискомфорт и боль пациенту, обуславливаются течением воспалительной местной реакции индуцированной именно наличием в этой зоне кровяного тромба, который является индуктором провоспалительных агентов. Критерии отбора пациентов для тромбэктомии: нодулярная форма (независимо от количества секторов) 1-2 степени; локализация процесса изолированно в наружном геморроидальном сплетении; отсутствие медикаментозных и соматических противопоказаний к амбулаторному хирургическому вмешательству; согласие пациента. За анализируемый период в амбулаторных условиях нами произведено 211 вмешательств у пациентов с наружным острым геморроидальным тромбозом. По результату консультативного осмотра и критериям отбора для тромбэктомии еще 48 пациентам предложена активная хирургическая тактика, от чего они решили воздержаться.

Таким образом из 430 пациентов с клиникой острого геморроидального тромбоза в 259 случаях возможно выполнение в амбулаторных условиях хирургического вмешательства в виде того или иного варианта тромбэктомии, что составляет 60,2% от общего числа обратившихся за помощью больных.

За период 2006 года нами прооперировано 39 пациентов (1-я группа). Вмешательство производилось под местной анестезией 1% раствором лидокаина, выполнялся разрез кожи и клетчатки над зоной тромбоза, рассекалась кавернозная капсула, производилась компрессионная мануальная тромбэктомия, в послеоперационном периоде назначали на 5 дней местную терапию с использованием мазевых аппликаций и венотоников. Обозначенный объем вмешательства давал достаточно хороший лечебный эффект у большинства пациентов. Однако в 7 случаях имело место кровотечение в

послеоперационном периоде на 2-е сутки с повторным тромбозом в зоне вмешательства, что требовало дополнительной санации и замедляло течение раневого процесса. У 5 человек в период от 6 до 8 месяцев после вмешательства наблюдался рецидив заболевания. Таким образом, у 12 пациентов, что составляет 33% случаев этой группы, на наш взгляд имелся неудовлетворительный результат тромбэктомии, что продиктовало необходимость отказаться в дальнейшем от подобной тактики лечения.

В период 2007-2009 годы мы применяли инцизионную тромбгеморроидэктомию. Принципиальная разница заключалась в выделении из тканей после гидропрепаровки тромбированного узла без вскрытия кавернозной капсулы, далее выполняли коагуляцию и отсечение сосудистой ножки, при имеющемся кровотечении из «ложа» удаленного узла производили дополнительный гемостаз электрокоагулятором или хирургическим лазером с излучением длиной волны 940 Нм и мощностью 15 Вт. Подобный объем вмешательств был произведен у 125 больных (2-я группа пациентов, контрольная).

В 2010 году нами разработана и внедрена в практику комплексная методика лечения острого геморроидального тромбоза, включающая в себя этап предоперационного медикаментозного лечения, выполнение хирургического пособия и послеоперационную терапию. Всем пациентам этой группы перед вмешательством с целью профилактики гнойно-воспалительных изменений со стороны раны и улучшения репаративных свойств тканей вводили инъекционно в ретроанальную клетчатку лекарственную комбинацию, состоящую из 1 г цефазолина, 2 мл иммуномодулирующего препарата «Эрбисола» и 1 мл 1% раствора лидокаина. Далее применяли пункционную тромбэктомию с лазерной локальной деструкцией кавернозной капсулы. Суть вмешательства заключается в следующем: после местной анестезии производили пункцию тромбированного узла одноразовой пункционной иглой, через иглу выполняли вакуумную экстракцию тромба, затем в просвет иглы вводили световод лазерного аппарата и производили деструкцию каверны в зоне бывшего тромбоза. Подобную манипуляцию произвели у 47 пациентов (3-я группа пациентов, основная), у 27 человек лазерная деструкция выполнялась длиной волны 940 Нм с мощностью 15 Вт, у 20 больных – лазерным излучением с длиной волны 1560 Нм с мощностью 12 Вт. В послеоперационном периоде пациентам всех трех групп местно назначали мазь «Ауробин» 1 раз в день 7 дней и препарат «Детралекс» по 2 таблетки 2 раза в день 7 дней.

Результаты лечения оценивали по динамике изменения болевой реакции до операции и через сутки после вмешательства. Степень интенсивности болевых ощущений оценивали по визуальной аналоговой шкале, которая представляет собой прямую линию длиной 10 см (100 мм). Начальная точка линии обозначает отсутствие боли - 0, затем идет слабая боль – 1-3 балла, умеренная – 4-6 баллов и интенсивная – 7-10 баллов. Пациенты еженедельно перед осмотром субъективно отмечали на шкале уровень местной болевой реакции. В динамике мы так же учитывали наличие кровоточивости в послеоперационном периоде, повторные обострения в компетентной зоне, степень физиологического дискомфорта в анальной зоне до вмешательства и после него. Степень дискомфорта определялась субъективно по аналоговой визуальной шкале, где 0

баллов - отсутствие дискомфорта, 1-3 балла слабый дискомфорт, 4-6 баллов умеренный и 7-10 значительный физический дискомфорт. Субъективно предлагали так же оценивать пациентам на фоне лечения свою работоспособность: 0 - отсутствие ограничений в трудоспособности, 1 – слабое ограничение, 2 - умеренное ограничение, 3- значительное ограничение. При этом пациентам пояснялось, что 2 и 3 степень ограничения подразумевает под собой выдачу временного листа нетрудоспособности.

Таблица 1.

Субъективная оценка состояния пациентов через сутки после вмешательства.

| № гр. | Оценка местной болевой реакции, через сутки, баллы | | | | Оценка физического дискомфорта через сутки, баллы | | | | Оценка работоспособность, степень ограничения | | | |
|----------------|--|----------|--------|------|---|------------|------------|------|---|------------|-----------|----------|
| | 0 | 1-3 | 4-6 | 7-10 | 0 | 1-3 | 4-6 | 7-10 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1-я группа (%) | 12 (30%) | 24 (62%) | 3 (8%) | - | - | 25 (64%) | 14 (36%) | - | 15 (38.5%) | 19 (48.7%) | 4 (10.3%) | 1 (2.5%) |
| 2-я группа (%) | 99 (80%) | 23 (18%) | 3 (2%) | - | 7 (5,6%) | 94 (75.2%) | 14 (19.2%) | - | 87 (69.6%) | 28 (22.4%) | 10 (8%) | - |
| 3-я группа (%) | 46 (98%) | 1 (2%) | - | - | 40 (85%) | 7 (15%) | - | - | 44 (93.6%) | 3 (6.4%) | - | - |

Анализируя данные субъективной оценки пациентами своего статуса через сутки после вмешательства надо отметить, что максимально комфортно состояние своего здоровья оценивали пациенты 3-й группы (пункционная тромбэктомия + лазерная деструкция), в этой же группе не было пациентов считающих, что имеется значительное ограничение их трудоспособности через сутки после выполнения хирургического пособия.

Анализ динамики изменения степени анального дискомфорта и болевых ощущений, показывает, что у всех пациентов без исключения во 2-й и 3-й группе на четвертые сутки отсутствовали жалобы. В течение первой недели у небольшого количества пациентов во 2-й и 3-й группах, это соответственно 4 и 3 человека, были небольшие сукровичные выделения в виде помарок на туалетной бумаге после дефекации без болевых ощущений, к концу недели у всех семи пациентов указанные выделения прекратились.

В процессе проведения консультативной работы и отбора больных из 34 человек, которым возможно было выполнить тромбэктомию, но от чего они воздержались, сформирована была еще одна группа контроля пациентов которые проходили курс консервативного лечения под нашим динамическим наблюдением. Пациентам назначен комплекс медикаментозной терапии в виде приема дезагрегантов, современных венотоников, локальная терапия мазевыми аппликациями с антикоагулянтами, противовоспалительными и анальгезирующими агентами.

При определении критериев эффективности лечения акцент динамического наблюдения направляли в сторону субъективной оценки пациентом своего состояния, поскольку именно болевая реакция и степень анального дискомфорта по мнению всех без исключения больных являлись факторами ограничения работоспособности, социальной и бытовой активности. При оценке обоих этих субъективных критериев положительным считали ответ больного при отметке хотя бы одного балла на визуальной шкале.

Динамика изменения степени болевой реакции у пациентов трех анализируемых групп (рис. 2) показывает преимущество активной хирургической тактики у данной категории больных, что позволяет к 4-5 суткам всем пациента 2-й и 3-й группы избавиться от болевых ощущений, при этом более чем у 80% больных обеих групп уже на вторые сутки после вмешательства боли отсутствуют. В контрольной же группе у подавляющего количества наблюдаемых (90% больных) только с 3-х суток терапии появляется положительная динамика и в 60% случаев только к концу первой недели у пациентов исчезает болевая реакция.

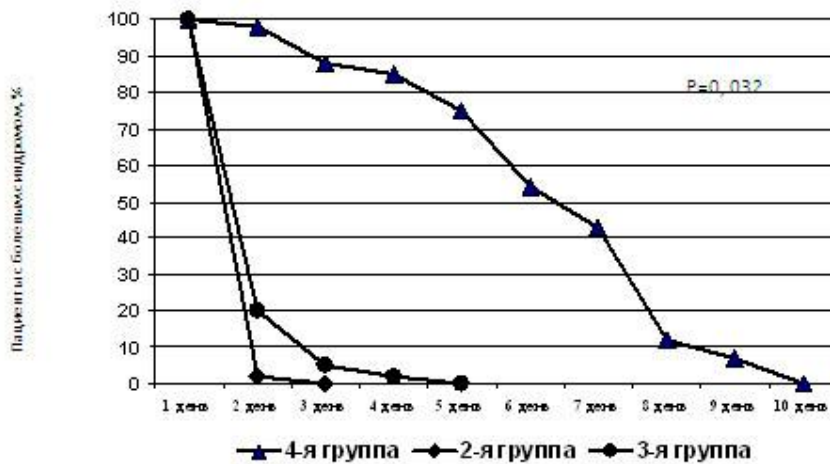


Рис. 2 Динамика болевого синдрома при лечении острого геморроидального тромбоза.

Характер изменения степени анального дискомфорта имеет более быстрый регресс у пациентов в 3-й группе (рис. 2), хотя достоверных статистических различий в динамике между 2-й и 3-й группой по указанному признаку не определяется, и все же разница в 1-2 суток, по мнению большинства пациентов в субъективной оценке для них имеют большое значение.

Динамика хронологии субъективных ощущений дискомфорта при сравнении между 3-й и 4-й группой показывает значительные преимущества активной хирургической тактики (рис. 2), причем при оценке местных изменений у пациентов 4-й группы при отсутствии болей и анального дискомфорта мануально определялось объемное образование в виде тромбированной каверны в анальной области, которое подвергалось регрессу в среднем на 4-5 неделе, чего естественно не было у больных 2-й и 3-й группы.

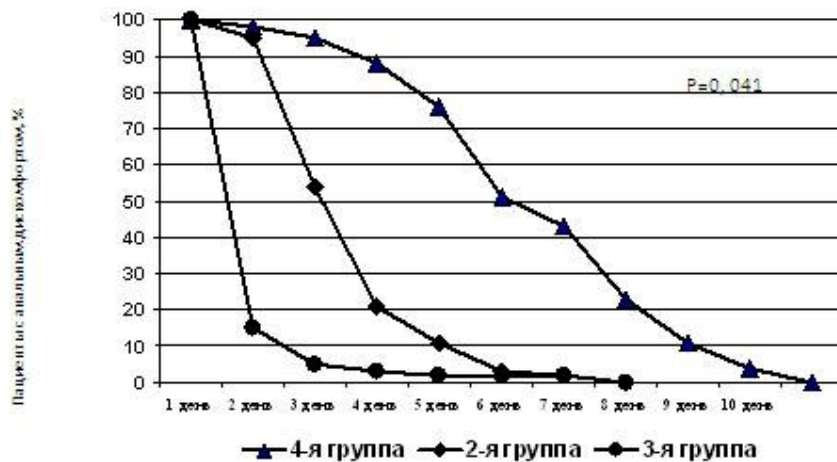


Рис. 2 Динамика анального дискомфорта при лечении острого геморроидального тромбоза.

При контрольном наблюдении в течение 8 месяцев за 3-й группой мы не выявили рецидива заболевания, такие же результаты в период от 1,5 до 2-х лет наблюдения отмечены и во 2-й группе. У пациентов, которые проходили курс только консервативного лечения (4-я группа) в течение годового наблюдения у 14% имел место рецидив заболевания, причем во всех случаях в том же самом анатомическом анальном секторе.

Выводы:

1. Приоритетными направлениями лечебной тактики при остром наружном геморроидальном тромбозе на наш взгляд в амбулаторно-поликлинических условиях должны являться оперативные методики с удалением тромба и компетентной геморроидальной ткани.
2. Согласно нашим наблюдениям около 60% пациентам с острым геморроидальным тромбозом возможно применение активной хирургической тактики, что позволяет избежать рецидива заболевания и значительно уменьшить количество случаев временной нетрудоспособности по данной назологии.
3. Оптимальным способом лечения острого наружного геморроидального тромбоза при локальной форме 1-2 степени на наш взгляд является разработанная комплексная методика с применением пункционной тромбэктомии и лазерной деструкцией геморроидальной ткани.

Литература

1. Воробьев Г. И. Геморрой / Г. И. Воробьев, Л. А. Благодарный, Ю. А. Шелыгин. М.: Изд-во ООО «Митра-Пресс», 2002. 192 с.
2. Кондратенко, П. Г. Оперативное лечение острого геморроя // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы V всероссийской конф. с междунар. участием // редкол.: Г. И. Воробьев [и др.]. Ростов н/Д, 2001.
3. Ривкин, В. Л. Геморрой. Запоры / В. Л. Ривкин, Л. Л. Капуллер. М.: Медпрактика, 2000. 158 с.
4. Ривкин, В. Л. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, С. Н. Файн. М.: Изд-во «Медпрактика», 2001. 300 с.

5. Федоров, В. Д. Проктология / В. Д. Федоров, Ю. В. Дульцев. М.: Медицина, 1984. 384 с.
6. Abramowitz, L. Recommendations for the treatment of hemorrhoidal disease in clinical practice / L. Abramowitz [et al.] // Gynecol Obstet Fertil., 2001, 29(12):942–951.