

Захараш М. П.,
Владичук Я. В.,
Мальцев В. М.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕТРАЛЕКСУ ПРИ ЛІКУВАННІ ГЕМОРОЮ I-II СТУПЕНЮ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м.Київ)

Резюме. Дослідження ефективності застосування детралексу при лікуванні пацієнтів з хронічним гемороем I-II ступеню в комбінації з вакуумним лігуванням латексними кільцями в умовах амбулаторної практики довело достовірне зменшення вираженості основних симптомів геморою у 100% пацієнтів, частоти загострень — у 70%, в цілому позитивний результат комбінованої терапії склав 90%.

Ключові слова: геморою, лігування гемороїдальних вузлів, детралекс.

За даними ряду авторів [3;7] у більшості цивілізованих країн світу відмічається значне зростання показників захворюваності на геморою, які сягають 130–150 на 1000 осіб дорослого населення. Частота захворюваності на геморою у структурі колопроктологічних захворювань коливається від 32 до 42% [4;7;11]. Медико-соціальна значимість полягає в широкій розповсюдженості захворювання, ураженні вагомої кількості людей працездатного віку (до 80%), тривалому перебуванні на лікарняному листку, що є причинами, через які вищезазначену патологію відносять до невідришених медичних та соціально-економічних проблем [4;7;12].

Геморою - захворювання, що характеризується структурно-функціональним порушенням кавернозної тканини анального каналу [7]. Останнім часом у патогенезі захворювання все більше значення надають двом факторам: підвищеному притоку крові, та механічному порушенню її відтоку. В результаті порушення місцевої органної регуляції кровообігу, а саме збільшення кількості артеріо-венозних внутрішньостінкових анастомозів, розширення просвіту артеріального коліна артеріо-венозних шунтів підсилюється притік артеріальної крові по синусоїдальним артеріям в кавернозну тканину та знижується відтік по венулам внаслідок їх спазму. Все це обумовлює збільшення розмірів гемороїдальних комплексів, зростання кількості артеріо-венозних внутрішньостінкових анастомозів, руйнування підвищуючого апарату гемороїдальних подушок [4;5;8].

Разом з тим, однією з провідних причин геморою є порушення еластичності тканин і структур анального каналу, що веде до збільшення внутрішніх вузлів. М'язова і фіброе-

ластична тканини, що підтримують внутрішні гемороїдальні вузли, мають тенденцію дегенерувати як з віком, так і під дією негативних чинників. Подібні зміни ведуть до ще більшого венозного застою, що в свою чергу сприяє прогресуванню дистрофічних процесів в фіброзно-м'язовому каркасі гемороїдальних вузлів [3;5;7;17].

Таким чином, провідними у патогенезі геморою є поєднання гемодинамічного (судинного) та м'язово-дистрофічного факторів. В основному ці порушення спостерігаються у групах пацієнтів з підвищеним ризиком, до яких належать особи, що займаються важкою фізичною працею, мають сидячу роботу, страждають хронічними запорами або хворі з гіпертонічною хворобою.

У лікуванні хронічного геморою більш обґрунтованим і доцільним є поєднання загального та місцевого лікування. Регуляція консистенції кишкового вмісту і його транзиту по товстій кишці - неодмінна складова для успішного лікування геморою [4;8]. Враховуючи те, що геморою є судинною патологією, а процес локалізується в кавернозній тканині термінального відділу прямої кишки, зрозумілі необхідність і доречність лікувальних засобів, які мають вазопротекторну дію, підвищують тонус венозної стінки та поліпшують мікроциркуляцію.

В останні роки у клінічній практиці поширюється лікування хронічного геморою із застосуванням хірургічних малоінвазивних методів - коагуляції гемороїдальних вузлів інфрачервоним випромінюванням, лігування латексними кільцями, кріотерапія, склеротерапія, монополярна та біполярна коагуляція, лігування судин під контролем доплерографії, операція Лонго, лазерна коагуляція.

Незважаючи на наявність такого арсеналу методів лікування хворих на геморої, на початкових і на пізніх стадіях захворювання не завжди вдається досягти добрих результатів. Згідно даних літератури частота післяопераційних ускладнень після використання малоінвазивних методик коливається від 6 до 15% [12;13]. Так, ускладненнями при лігуванні гемороїдальних вузлів є: больовий синдром у 10 – 15% (при умові неправильного виконання маніпуляції), тромбоз зовнішніх гемороїдальних вузлів (у 2 – 3% пацієнтів), кровотеча (у 1% пацієнтів). [1;11;14;16;18].

З метою покращення результатів лікування пацієнтів з I-II ступенем геморою нами проведено оцінку ефективності лікування хворих з хронічним гемороєм I-II ступеня в умовах амбулаторної практики шляхом комбінованого методу - лігування гемороїдальних вузлів латексними кільцями з послідувачим призначенням препарату детралекс протягом 2 місяців.

Матеріали і методи

В даній роботі приведений аналіз результатів лікування 133 пацієнтів, які отримали амбулаторну допомогу в ЦРП Деснянського району м. Києва з приводу хронічного геморою I-II ступеня у період з 1 січня 2007 року до 31 грудня 2008 року. Пацієнтам здійснювали клінічний, проктологічний огляд, лабораторні обстеження, ректороманоскопію.

Вік хворих коливався від 22 до 70 років, переважна більшість із них були у віці від 30 до 50 років. Співвідношення чоловіків і жінок було приблизно однаковим.

Усіх хворих було розділено на три групи. До першої групи увійшло 45 (34%) пацієнтів, яким проведено консервативне лікування (призначались флеботропні препарати і місцева лікування), із них 32 пацієнти з I ступенем геморою і 13 із II ступенем. До другої групи віднесені 48 (36%) пацієнтів, яким було виконано вакуумне лігування внутрішніх гемороїдальних вузлів латексними кільцями без призначення флеботропних препаратів. Третій групі з 40 хворих (30%) було виконано вакуумне лігування внутрішніх гемороїдальних вузлів латексними кільцями з послідувачим призначенням консервативної терапії флеботропним препаратом детралекс. У всіх пацієнтів другої і третьої групи діагностований гемороїдальний вузол II ступеня.

Принцип методу лігування заключався в перетисканні латексним кільцем внутрішніх гемороїдальних вузлів, внаслідок чого в них призупинявся кровотік і на 3-4 добу наступала

їх некротизація з послідувачим їх самостійним відходженням. При цьому невеликий за розмірами дефект слизової швидко вкривається грануляціями і загоюється. Найбільш доцільно проводити 2-3 сеанси з інтервалом 2-6 тижнів. При цьому за один сеанс обробляють не більше 2-х ділянок. За рахунок рубцювання в зоні бувшого вузла відбувається фіксація гемороїдальних «подушок». Для вакуумного лігування гемороїдальних вузлів латексними кільцями використовували апарат фірми Karl Storz (Німеччина).

Основою загального системного лікування складало застосування флеботропних препаратів, які містять біофлавоноїди. Найбільш ефективним у цій групі ліків є препарат Детралекс® (Detralex®), який містить мікронізовану очищену флавоноїдну фракцію діосміну та гесперидину. Фармакологічна дія препарату заснована на підвищенні тону вен, резистентності капілярів, він покращує відтік лімфи, мікроциркуляцію в кавернозних тільцях та нормалізує в них кровотік, знижуючи адгезію і міграцію лейкоцитів. Значною перевагою Детралексу є значне зростання під його дією інтестинальної абсорбції, що підвищує ефективність лікування на 25 – 30%. Препарат добре переноситься, дуже рідко дає алергічні реакції.

Пацієнтам першої групи при хронічному геморої I ступеню призначали детралекс по дві таблетки щоденно протягом 2 місяців, II ступеню – по чотири таблетки перші 10 днів, наступні 50 днів по дві таблетки щоденно.

Пацієнти другої групи не отримували флеботропні препарати. Пацієнтам третьої групи після лігування гемороїдальних вузлів призначали детралекс по дві таблетки щоденно протягом 2 місяців.

Для місцевого лікування застосовували свічки проктоглівенол по 1 св. два рази на день протягом 10 днів.

Результати і обговорення

Результати лікування геморою (у терміни через 2, 6 і 12 місяців після лікування) базувались на виявленні клінічних проявів захворювання: об'єктивних – кровотеча із анального отвору під час дефекації, випадіння гемороїдальних комплексів назовні і суб'єктивних – епізодичне свербіння в ділянці анодерми, дискомфорт в ділянці прямої кишки – відчуття тиску, стороннього тіла в анальному каналі тощо.

При добрих результатах спостерігалася стійка відсутність кровотечі, випадання гемороїдальних вузлів, суб'єктивних ознак захво-

повнення, загострень протягом періоду спостереження.

При задовільних результатах – зберігались слабо виражені епізоди кровотечі, періодичний дискомфорт в ділянці відхідника.

Незадовільні результати оцінювались як рецидив захворювання з повторними кровотечами, розвитком тромбозу гемороїдальних вузлів, наявність гнійних ускладнень.

У ранньому післяопераційному періоді у пацієнтів першої групи при консервативному лікуванні добрі результати отримали у 28 (87,5%) і задовільні у 4 (12,5%) хворих з гемороєм I ступеню; у 7 (53,8%) хворих з гемороєм II ступеню отримані добрі, у 4 (30,7%) задовільні і у 2 (15,3%) незадовільні результати (повторні кровотечі, гострий гемороїд I стадії, випадіння вузлів після дефекації). Частота загострень на протязі періоду прийому препарату знизилась на 70%, а його тривалість до 3 днів у порівнянні з попередньою тривалістю до 5-7 днів до прийому препарату.

У пацієнтів другої групи добрі результати лікування вдалося досягти застосовуючи методику лігування гемороїдальних вузлів латексними кільцями у 40 (85%) пацієнтів, задовільні - 6 (12,5%), незадовільні (гострий гемороїд I стадії, епізоди кровотечі) – 2 (2,5%).

У пацієнтів третьої групи добрі результати лікування отримані у 36 (90%) хворих, задовільні - 4 (10%).

Слід зазначити, що при консервативному лікуванні добрі і задовільні результати були у пацієнтів з I ступенем геморою, відсоток задовільних і незадовільних результатів у пацієнтів з II ступенем зростає, що у послідуєчому вимагає застосування активної хірургічної тактики (малоінвазивних методів втручання). Незадовільні результати при консервативному лікуванні геморою пояснюються збереженням субстрату хвороби, тимчасовим підвищенням реології кровотоку у кавернозних сплетеннях, а також збереженням морфологічних змін слизової над гемороїдальними комплексами, які більш виражені при II ступені геморою.

Задовільні результати в другій групі були відмічені у шести випадках. У двох пацієнтів продовжувалося випадання внутрішніх вузлів, що пояснювалось неповним руйнуванням субстрату гемороїдального вузла. У чотирьох випадках – поновилися епізодичні задовільні кровотечі у вигляді крапель після дефекації. Субстратом для рецидиву захворювання була залишена кавернозна тканина

в ділянках, вільних від лігування, і в яких під дією несприятливих факторів виникли патологічні зміни. Таким хворим додатково було виконано лігування залишків кавернозної тканини латексними кільцями, після чого ми отримували добрий результат після ліквідації субстрату розвитку геморою. Джерелом кровотеч були ділянки відторгнення некротизованого вузла. Кровотечі були зупинені консервативними заходами з обов'язковим включенням флеботропного препарату - детралекса.

Задовільні результати у третій групі були відмічені у чотирьох пацієнтів. У двох пацієнтів продовжувалося випадання внутрішніх вузлів, що пояснювалось неповним руйнуванням субстрату гемороїдального вузла. У двох інших випадках відзначався періодичний дискомфорт в ділянці відхідника. Епізоди ректальних кровотеч на фоні прийому детралексу не спостерігались.

Віддалені результати відстежено у 82 (93,1%) пацієнтів другої і третьої групи - з них 45 (93,7%) пацієнти, що перенесли вакуумне лігування внутрішніх гемороїдальних вузлів латексними кільцями, і 37 (92,5%) - яким було виконано вакуумне лігування внутрішніх гемороїдальних вузлів і призначений прийом препарату детралекс.

Кількість хворих з рецидивом захворювання через один рік після втручання виявлено у 5 (10,4%) пацієнтів другої та 2 (5%) пацієнтів третьої групи.

У патогенезі геморою визначну роль відіграють судинний та механічний фактори. Вакуумне лігування впливає на механічний чинник патогенезу геморою - видалення субстрату захворювання, що запобігає дистрофічним змінам в поздовжньому м'язі підслизового шару прямої кишки.

Добрі результати використання вакуумного лігування внутрішніх гемороїдальних вузлів латексними кільцями отримано в 85% пацієнтів, що узгоджується з літературними даними. А комбінація лігування гемороїдальних вузлів латексними кільцями із призначенням флеботропного препарату детралекс була ефективнішою за рахунок підвищення тонусу венозної стінки залишкової кавернозної тканини, підвищення резистентності капілярів, покращення відтоку лімфи, мікроциркуляції, що дозволило отримати добрі результати лікування у 90% хворих.

Висновки

1. При тривалому застосуванні Детралексу у всіх пацієнтів з гемороєм I ступеню

достовірно зменшується вираженість основних симптомів геморою, до 70% - частота загострень; при цьому відзначається добра переносимість препарату, досить висока його ефективність, особливо на ранніх стадіях захворювання.

2. Вакуумне лігування гемороїдальних вузлів латексними кільцями в амбулаторних умовах в поєднанні з призначенням флебо-

тропного препарату детралекс є високоєфективною і безпечною малоінвазивною методикою лікування геморою II ступеню, що дозволяє отримати добрі результати лікування у 90% хворих, знизити рецидив захворювання у 2 рази.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ананко А.А. Геморрой - старая проблема и новые пути ее решения. Укр. Мед. часопис, 2(58) - 2007
2. Вовк Е.И. Рациональная фармакотерапия - фактор успешного лечения геморроя // Synopsis medicinalis. - 2002.- N2.- С.76-84.
3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 432 с.
4. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой // Москва. Митра-пресс-2002.- С. 192.
5. Генри М.М., Свощ М. Колопроктология и тазовое дно, пато-физиология и лечение // М.: Медицина.- 1988.- с.256-288.
6. Захараш М.П., Пойда О.І. Сучасна діагностика та лікування хронічного геморою. Досвід Колопроктологічного центру України // Здоров'я України XXI сторіччя. — 2005. — N1/2. — С. 28-29.
7. Захараш М.П., Пойда О.І., Мальцев В.М. та ін. Сучасні принципи діагностики і лікування геморою: Метод. рекомендації. — К., 2002. — 24 с.
8. Кондратенко П. Г., Губергриц Н. Б., Эллин Ф. Э., Смирнов Н. Л. Клиническая колопроктология : Руководство для врачей [Текст] /. — Х. : Факт, 2006. — 670 с.
9. Лурін І.А., А.А. Шудрак, О.І. Уманець, В.С. Нечай, Ю.В. Яринич, Є.В. Цема, О.П. Біба. Сучасні підходи до лікування хворих з хронічним гемороєм. Хірургія України №4, 2008р.
10. Маев А.В., Гаджиева М.Г. Терапевтические аспекты лечения геморроя // Лечащий врач. - 2002.- N6.- С. 10-13.
11. Мамчич В.І., Андрієць В.С., Палиєнко Р.К., Порівняльна ха-рактеристика хірургічних методів лікування геморою // Матеріали II з'їзду колопроктологів України за міжнародною участю. — Львів. -2006.-С. 177-180.
12. Нечай І.А. Современные технологии в лечении хронического геморроя. Амбулаторная хирургия. — 2007, - №2,- с. 58-62.
13. Палиєнко Р.К. Стандартизація метода вакуумного лігування гемороїдальних вузлів. // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії — 2008 Vol. 12, №2, стр. 27-31
14. Chaleoykitti B. Comparative study between multiple and single rubber band ligation in one session for bleeding internal, hemorrhoids: a prospective study. J Med Assoc Thai. 2002 Mar; 85(3): 345-50.
15. Giuseppe Brisinda. How to treat haemorrhoids //BMJ 2000,-321: 582-583. Pasha J Nisar, John H Scholefield. Managing haemorrhoids //BMJ 2003.-327: 847-881
16. Gokalp A, Baskonus I, Maralcan G. A prospective randomised study of local anaesthetic injection after multiple rubber band ligation of haemorrhoids. Chir. Ital. 2003 Mar-Apr; 55(2): 213-7.
17. Pasha J Nisar, John H Scholefield. Managing haemorrhoids //BMJ 2003.-327: 847-881.
18. Perez Vicente F, Fernandez Frias A, et al. Effectiveness of rubber band ligation in haemorrhoids and factors related to relapse. Rev Esp Enferm Dig. 2003 Feb; 95(2): 110-4, 105-9. [Article in English, Spanish]