

О. И. Жук

**ТРАНСАНАЛЬНАЯ ДОПЛЕРКОНТРОЛИРУЕМАЯ
ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ С МУКОПЕКСИЕЙ СЛИЗИСТОЙ
АНАЛЬНОГО КАНАЛА В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ**

*Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Г. П. Рычагов,
канд. мед. наук, ассист. Ф. М. Высоцкий*

Кафедра общей хирургии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** В статье оценены преимущества и недостатки лечения геморроидальной болезни с помощью метода трансанальной доплерконтролируемой дезартеризации. В результате у 100% пациентов отмечено устранение симптомов в раннем послеоперационном периоде. В отдалённом постоперационном периоде 92% пациентов отмечают улучшение самочувствия. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности метода.*

***Ключевые слова:** геморрой дезартеризация доплерконтролируемая HAL-RAR*

***Resume.** The article evaluated the advantages and disadvantages of the treatment of hemorrhoids using the transanal doppler-guided hemorrhoids artery ligation with recto anal repair. As a result*

elimination of the symptoms found in 100% cases in the early postoperative period. In the remote postoperative period 92% patients report improvement of their state. The results show the efficiency of HAL-RAR procedure for treatment of hemorrhoids.

Keywords: hemorrhoids dearterialization doppler-guided HAL-RAR

Актуальность. Геморроидальная болезнь или геморрой представляет собой патологическое увеличение геморроидальных узлов, которое проявляется периодическим кровотечением, выпадением их из анального канала и частым воспалением. Согласно современным данным, геморроем страдают до 10% населения всего мира (порядка 700 миллионов человек). Практически 70% взрослого населения планеты за свою жизнь хотя бы раз сталкиваются с проявлениями геморроя, такими как: чувство дискомфорта в прямой кишке, боль, кровотечение, выпадение узлов и некоторыми другими симптомами. Частота заболевания геморроем в РБ колеблется в пределах 30 – 40%.

В процессе исследования патогенеза геморроидальной болезни были выделены 2 основных фактора: гемодинамический, предполагающий патологический артериальный приток крови и затруднённый венозный отток, и дистрофический, включающий в себя дистрофию продольной мышцы подслизистого слоя и связки Паркса, удерживающей кавернозные сплетения анального канала в физиологическом положении. [1]

Артериальный приток к кавернозному сплетению анального канала осуществляется по 3 крупным ветвям верхней прямокишечной артерии, расположенным на 3, 7 и 11 часов по условному циферблату. На 3, 7 и 11 часов в подслизистом слое также сконцентрированы артериовенозные анастомозы, превращающиеся в геморроидальные узлы при патологическом артериальном притоке. Исследования с помощью доплеровского сканирования показали наличие 6 относительно постоянных артерий, расположенных на 1,3,5,7,9,11 часов соответственно (рисунок 1). [2]

На данный момент существует большое количество методов как консервативного, так и хирургического лечения геморроя. Широко распространены такие методы как латексное лигирование геморроидальных узлов, склеротерапия и лазерная фотокоагуляция. К сожалению, применение этих методов ограничено ранними стадиями развития геморроидальной болезни (1-2 ст.).

На 3-4 стадиях применяют различные варианты геморроидэктомии (открытые и закрытые), среди них наиболее популярна геморроидэктомия по Миллигану-Моргану. Геморроидэктомия является высокоэффективным, но чрезвычайно агрессивным методом лечения геморроидальной болезни, приводя к развитию у пациента выраженного болевого синдрома, вследствие длительного заживления ран, а также требуя продолжительной реабилитации и характеризующаяся частыми осложнениями.

Следуя принципам патогенетического лечения заболеваний, в 1995 году К.

Morinaga и соавт. предложили использовать трансанальную доплерконтролируемую дезартеризацию с мукопексией слизистой анального канала (сокр. HAL-RAR) для устранения основных факторов развития заболевания: чрезмерного артериального притока и патологической подвижности слизистого слоя. Данный метод соответствует стандартам малоинвазивной хирургии, а также является органосберегающим и безопасным для пациента. [3]

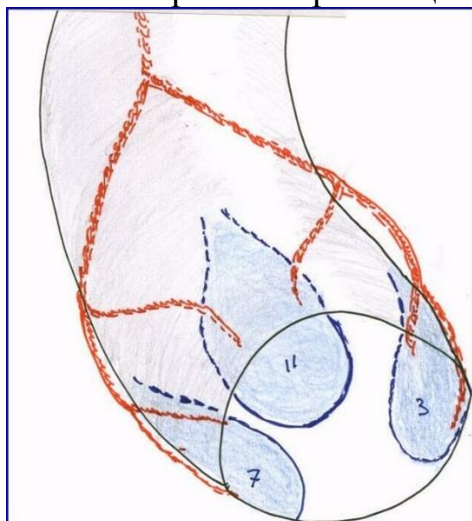


Рисунок 1 – Геморроидальные артерии

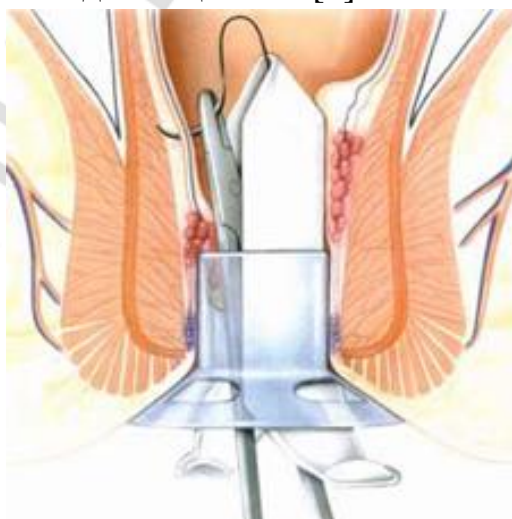


Рисунок 2 – Техника операции

Цель: оценить преимущества и недостатки лечения геморроидальной болезни методом HAL + RAR.

Задачи:

1. Дать оценку методу доплерконтролируемой дезартеризации (HAL + RAR) с точки зрения технического исполнения, затраченного времени, наличия интра- и постоперационных осложнений.

2 Проанализировать ближайшие и отдалённые результаты операции.

Материал и методы. В ходе работы были исследованы медицинские карты и протоколы операций 99 пациентов с различными стадиями геморроидальной болезни. Исследование охватывает всех пациентов, перенесших процедуру HAL+RAR в период с января 2013 по февраль 2015 года. Оценка отдалённых результатов операции произведена с помощью телефонного опроса 60-ти пациентов методом прямого анкетирования.

Средний возраст пациентов составил 48 ± 10 лет. Разделение по полу: Мужчин – 63 (63,6%), женщин – 36 (36,4%). Распределение пациентов в зависимости от стадии геморроидальной болезни: 2 ст. – 49 пациентов (49,5%), 3 ст. – 47 пациентов (47,5%), 4 ст. – 3 пациента (3%).

Разделение пациентов на группы в зависимости от стадии развития геморроидальной болезни производилось в соответствии с опубликованной Воробьёвым и соавт. в 2010 году классификации [4]:

1 стадия: выбухание узлов и периодические кровотечения

2 стадия: узлы увеличены, выпадают, но вправляются самостоятельно

3 стадия: самостоятельно не вправляются

4 стадия: постоянное выпадение кровоточащих узлов

В исследование не были включены пациенты с противопоказаниями к трансанальной дезартеризации, такими как: 1) анальная трещина и другие воспалительные заболевания анального канала 2) острый и хронический парапроктит 3) тромбоз геморроидальных узлов.

Операция проводилась под спинальной анестезией в 66% случаев и сакральной в 34% случаев. Все операции были выполнены с помощью аппарата фирмы А.М.І. (Австрия) с использованием монофиламентной лигатуры с длительным периодом рассасывания. Время операции составило от 30 до 60 минут, среднее время $47 \pm 14,05$ минут.

Техника операции

Техника операции состоит в следующем: в прямую кишку вводится аноскоп, с помощью УЗ – датчика с доплер-эффектом устанавливают локализацию артерий, питающих геморроидальные узлы, по звуковым и визуальным эффектам. В 48,48% случаев были выявлены 6 артерий, в 21,21% в питании геморроидального узла участвовали 7 артерий, в 17,17% - 8 артерий. Чаще других встречались артерии, расположенные на 1 час (51,52%), 3 часа (67,68%), 5 часов (54,55%), 7 часов (68,69%), 8 часов (58,59%) и 11 часов (92,93%).

Затем восьмиобразными швами выявленные артерии лигировали на протяжении, ограничивая тем самым приток артериальной крови к увеличенной ткани геморроидального узла (рисунок 2). После контрольной доплерометрии выполняли лифтинг и мукопексию слизистой (фиксация слизистой отдельными швами). С помощью режима «пексия» на аппарате, пролоббировавшую в просвет слизистую прошивали от проксимального участка до дистального, слизистая подтягивалась дистально в момент формирования узла. Мукопексией сопровождалась операция только у пациентов с 3-4 стадиями геморроя.

Результаты и их обсуждение. В раннем постоперационном периоде (с 1 до 6 суток) у 100% пациентов устранены клинические проявления заболевания (боль, выделения крови, увеличение в размерах и выпадение геморроидальных узлов). У 5 пациентов (5,05%) возникли интраоперационные осложнения в виде гематомы в результате прокалывания иглой артерии подслизистого слоя, кровотечения остановлены путём наложения дополнительного шва. У 3 пациентов (3,03%) возникли умеренные постоперационные кровотечения, устранённые консервативно.

Время операции составило от 30 до 60 минут, среднее время составило $47 \pm 14,05$ минут. В среднем выписка пациентов происходила на 2й день после операции (от дня операции до 7 дней).

В отдалённом постоперационном периоде 92% пациентов отмечают

улучшение самочувствия и качества жизни. Периодическое чувство дискомфорта, зуда; набухание внутренних геморроидальных узлов, редкие выделения отмечаются у 6 пациентов (10% случаев). Рецидив симптомов заболевания в полном объеме по прошествии полугода после операции отмечен у 5 пациентов (8%).

Современные малоинвазивные методы лечения геморроидальной болезни применимы только на ранних стадиях развития заболевания. Их использование на 3й и 4й стадиях заболевания ограничено малой эффективностью операции и высокой частотой рецидивов (до 20-30%). Геморроидэктомия, являясь более радикальной операцией, приводит к развитию большого количества осложнений. Основными являются выраженный болевой синдром, дизурические расстройства и кровотечения. Пациенты, перенесшие геморроидэктомию, требуют длительного периода реабилитации.

Этих недостатков позволяет избежать метод трансанальной доплерконтролируемой дезартеризации с мукопексией слизистой анального канала (HAL-RAR). Устранение симптомов у 100% пациентов в раннем постоперационном периоде, низкий процент постоперационных осложнений (3,03%), малое время операции (в среднем $47 \pm 14,05$ минут), улучшение самочувствия у 92% пациентов в отдалённом постоперационном периоде позволяют судить о высокой эффективности метода. В среднем пациенты были выписаны на 2й день после операции, поскольку процедура HAL-RAR не требует длительной реабилитации пациентов.

Выводы:

1. Трансанальная доплерконтролируемая дезартеризация геморроидальных сплетений является патогенетическим лечением, прерывает основные звенья патогенеза геморроидальной болезни, препятствует дальнейшему прогрессированию заболевания.

2. Процедура HAL+RAR позволяет добиться положительных результатов в лечении пациентов с хроническим внутренним геморроем 2-3, а в ряде случаев и 4й стадии, а также является современным малоинвазивным и безопасным методом лечения геморроя.

A. I. Zhuk

TRANSANAL DOPPLER-GUIDED HEMORRHOIDAL ARTERY LIGATION AND RECTO ANAL REPAIR IN TREATMENT OF HEMORRHOIDS

Tutors: Professor G. P. Rychagov, Assistant F. M. Vysotski

*Department of General surgery,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Благодарный Л. А. Клинико-патогенетическое обоснование выбора способа лечения геморроя: Автореф. Дис. ... д-ра мед. Наук. М 1982 – 39 с.

69-я научно практическая конференция студентов и молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы современной медицины и фармации-2015»

2. Morinaga K. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. Am J Gastroenterol 1995; 90 – 613 с.

3. Загрядский Е. А. Опыт амбулаторного лечения хронического геморроя методом шовного лигирования геморроидальных артерий под контролем ультразвуковой доплерометрии. Колопроктология 2005; 1: 11: 20-26

4. Воробьев Г. И. Геморрой / Г. И. Воробьев, Ю. А. Шелыгин, Л. А. Благодарный. – М.: Литература, 2010. – 193 с.