

ПРОКТОЛОГІЯ

Матеріали IV з'їзду Асоціації лікарів-ендоскопістів України
10 — 12 червня 2010 року, м. Івано-Франківськ

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ МУКОПЕКСИИ И ЛИФТИНГА ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПОД КОНТРОЛЕМ ДОППЛЕРОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С III-IV СТАДИЕЙ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Соловьев В.В.

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, Харьков

Summary

There were treated 13 patients at age of 32-66 years with stage III-IV hemorrhoids. Trans-anal disarterization of internal hemorrhoids under Doppler control with mucopexy and lifting was carried out using modified Moricorn proctoscope. Operation duration amounted 24-45 minutes (32±5.21). Postoperative pain syndrome amounted on average 30.8±0.15mm. Patients returned to labor activity after 2-4 days (2.79±0.81). They were investigated after 6 months after operation. Bleeding stopped in 92.2% of patients, prolapsed piles were not observed in 90.8% of patients. Repeated bleedings were not registered. Complications (perianal hematoma-like external node thrombosis) were revealed in 7 (8.2%) patients. Trans-anal disarterization of internal hemorrhoids under Doppler control with mucopexy and lifting is a safe and effective alternative to hemorrhoidectomy. This method is ideal for "one-day" hospital.

Key words: trans-anal disarterization, mucopexy and lifting, prolapsed.

Введение

В основе современной концепции развития геморроидальной болезни лежат два фактора — патологический артериальный приток крови к внутреннему геморроидальному сплетению и дистрофические процессы в связочном аппарате внутреннего геморроидального сплетения, которое удерживает его в физиологической позиции. В 1995 г. Могіпага К. и соавт. разработали и предложили проводить трансанальную дезартеризацию внутренних геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии с целью прекращения патологического притока крови к внутреннему геморроидальному сплетению. Этот малоинвазивный способ лечения геморроя направлен на лечение III-IV ст., может использоваться как амбулаторно, так и в стационаре одного дня. В то же время за медицинской помощью обращаются в основном пациенты с III-IV стадией заболевания. При использовании технологии шовного лигирования остаточный пролапс слизистой отмечается у 8% пациентов с III стадией заболевания и почти у 50% больных при IV стадии геморроя. С целью преодоления этого недостатка предложено применять методику трансанальной дезартеризации с использованием нового проктоскопа и насадки для выполнения мукопексии и лифтинга слизистой, разработанную Hussein A. и соавт. В настоящей работе приведены данные о ранних результатах дезартеризации внутренних геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии в сочетании с мукопексией и лифтингом слизистой у пациентов с III-IV стадией геморроя.

Материалы и методы

С марта 2009 г. по апрель 2010 г. в ИОНХ АМНУ (Харьков) проведено лечение 23 пациентов с хроническим геморроем III и IV стадий. III стадия заболевания была у 16 (69,6%) больных, IV стадия — у 7 (30,4%) больных. Возраст больных от 31 до 66 лет. Мужчин было 14 (60,9%), женщин — 9 (39,1%). Длительность заболевания от 3 до 18 лет. Пациенты были информированы о характере лечения. В исследование включены только взрослые пациенты с хроническим внутренним геморроем III-IV стадии. Из исследования исключены пациенты: с наружным геморроем или другими сопутствующими заболеваниями анального канала (трещина, свищи, или парапроктит, и т.д.); с острым тромбозом геморроидальных узлов; с воспалительными заболеваниями толстой кишки; с гематологическими заболеваниями; принимающие антикоагулянты; после аноректальных операций в анамнезе.

Всем пациентам было проведено стандартное обследование, включающее ректороманоскопию и колоноскопию для исключения сопутствующих заболеваний толстой кишки. Операции выполнялись под внутривенной анестезией в сочетании с перинальным блоком по Nystrom P. и соавт. К осложнениям лечения отнесены состояния, при которых пациент требовал медицинской помощи: задержка мочи, кровотечение, связанное и не связанное с опорожнением кишечника, лихорадка. Лечение проводилось в условиях стационара одного дня. Все пациенты получали послеоперационное лечение по стандартному протоколу. Вопрос о выписке из клиники решался на основании следующих критериев: пациент был полностью подвижен; не требовалось введения наркотических анальгетиков; отсутствовали жалобы на выделение крови и болезненности при дефекации; не было затруднений при мочеиспускании.

Техника операции

Операцию производили с использованием аппарата компании A.M.I. HAL-RAR Doppler II и специальной насадки RAR-2013 для выполнения мукопексии и лифтинга слизистой, а также модифицированного аноскопа Moricorn-RAR-2011. Шовный материал Dexon-II 2/0 с иглой 5/8 круга и длиной иглы 27 мм. Операцию выполняли в стандартной позиции для литотомии.

После обработки перинальной кожи и анального канала анестезирующей мазью проводили диагностическую доплерометрию. Диагностировали до 6 постоянных артерий, расположенных на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 ч по условному шиферблату. Изолированно лигировали артерии на 11 и 1 ч. Артерии на 3 и 5 и 7-9 ч лигировали двумя восьмиобразными швами.

Двойные восьмиобразные швы "лигировали" артерию на протяжении, в то же время сдавливая увеличенную ткань внутреннего геморроидального узла. После контрольной доплерометрии выполняли лифтинг и мукопексию слизистой. Насадку переводили в положение "prexia", при этом в боковое окно аноскопа пролабировала слизистая дистальной части прямой кишки. Накладывали непрерывный шов от проксимального участка до дистальной части, не доходя до уровня зубчатой линии на 5-6 мм. Как правило, требовалось наложение 3-5 стежков с интервалом 0,8-1,0 см. Нити связывали, подтягивая слизистую. Аналогичным путем проводили лифтинг по всему периметру кишки, как правило, на 11, 6, 5 ч.

Время операции составляло 24-45 мин. Пребывание в стационаре составляло от 16-23 ч. Осложнения после операции отмечены у 2 (8,7%) пациентов в виде тромбоза наружных узлов по типу перинальной гематомы. Осложнения купированы с помощью местной терапии. Резидуальных кровотечений, задержки мочи не отмечено. Пациенты возвращались к трудовой деятельности через 2-4 дня.

В срок до 6 месяцев прослежены 23 пациента. Выпадение узлов прекратилось в 21 (91,3%) наблюдениях. В 1 (4,4%) наблюдениях потребовалось удаление наружных геморроидальных узлов. У 22 (95,7%) пациентов кровотечения прекратились. Боли после дефекации и развития тромбозов узлов на протяжении 6 мес после операции не отмечено.

Обсуждение

Геморроидэктомия по Миллигану-Моргану [1] рассматривается как наиболее эффективный радикальный способ лечения геморроя III-IV стадии. Выраженный послеоперационный болевой синдром, после геморроидэктомии достигавший 8 баллов — основной недостаток операции [4,5,8]. Относительно высокая частота послеоперационных осложнений после этого вмешательства и длительный период заживления послеоперационных ран являются причинами длительного реабилитационного периода. Многочисленные модификации метода не позволяют добиться убедительного успеха в данном направлении [2,5,6]. Существующие малоинвазивные методы лечения не могут быть достаточно эффективными при геморрое III-IV стадии [2,3,7]. В отдаленном периоде рецидив симптомов при III-IV стадии заболевания отмечается у 20-30% пациентов, что требует геморроидэктомии либо повторного латексного лигирования [8]. Трансанальная дезартеризация дистальных ветвей геморроидальных артерий под контролем УЗИ воздействует на патогенетические факторы развития заболевания, прекращает избыточный приток крови к увеличенному геморроидальному узлу.

Использование модифицированного аноскопа и насадки для выполнения мукопексии и лифтинга слизистой позволяет применить технический прием, используемый Hussein A. для проведения мукопексии и лифтинга выпадающей слизистой [8]. Это дает возможность восстановить анатомию дистальной части прямой кишки. Используя эту методику, в отличие от геморроидэктомии мы не отмечаем таких осложнений, как дисцирические расстройства. Болевой синдром по сравнению с таковым после геморроидэктомии выражен незначительно, что не требует применения наркотических анальгетиков. Трудоспособность пациентов восстанавливается в короткие сроки — через 2,79±0,81 дня. Через 6 месяцев отмечено значительное уменьшение симптомов заболевания. Выпадение узлов прекратилось в 21 (91,3%) наблюдениях. В 1 (4,4%) наблюдениях потребовалось удаление наружных геморроидальных узлов. У 22 (95,7%) пациентов кровотечения прекратились. Боли после дефекации и развития тромбозов узлов на протяжении 6 месяцев после операции не отмечено. Короткий срок наблюдений не позволяет делать окончательных выводов. Необходимо проведение рандомизированного исследования. Таким образом, трансанальная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под доплероконтролем с мукопексией и лифтингом слизистой — эффективная альтернатива стандартному хирургическому лечению при геморроидальной болезни в III-IV стадии. Метод идеален для стационара одного дня и отвечает требованиям малоинвазивной хирургии.

Литература

1. Ананко А.А. (2007) Геморрой — старая проблема и новые пути ее решения (обзор современных подходов к лечению геморроя). Украинский медицинский часопис. 2: 117-121
2. Благодарный Л.А. (2006) Как улучшить результаты хирургического лечения геморроя. Consilium medicum. 1: 49-52
3. Бойко В.В., Сарян И.В., Соловьев В.В. (2006) Малоинвазивный метод лечения больных с комбинированными формами геморроя. Харьковская хирургическая школа. 1: 144-146
4. Воробьев Г.И., Благодарный Л.А., Шельгин Ю.А. (2000) Геморрой: современная тактика лечения. Consilium medicum. 4: 27-29
5. Воробьев Г.И., Благодарный Л.А., Шельгин Ю.А. и др. (1997) Выбор способа лечения геморроя. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 5: 47-50
6. Заградский Е.А. (2009) Трансанальная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под доплероконтролем с мукопексией и лифтингом слизистой в лечении геморроя III-IV стадии. Хирургия. 2: 52-58
7. Сарян И.В., Соловьев В.В. (2006) Новый малоинвазивный метод ликувания хворих на комбіновані форми геморрою. Львівський медичний часопис. Vol. 12; 3-4: 49-51
8. Hussein A.M. (2001) Ligation-anorexy for treatment of advanced hemorrhoidal disease. Dis Colon Rectum. 44: 1887-1890