



ВЕСТНИК

НАЦИОНАЛЬНОГО
МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
ИМ. Н.И. ПИРОГОВА

2013

том 8, номер 1

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ III–IV СТАДИИ: СУБМУКОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛЕЦ В СОЧЕТАНИИ С ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЕЙ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ

Неменов Е.Г.², Кочурков Н.В.¹, Толстых В.С.¹, Абдуллаев Р.К.², Сотникова В.А.², Цыбин И.М.³

УДК: 616.147.17-007.64-089

¹ ЗАО «Медицинские услуги» (поликлиника № 6), Москва

² Национальный медико-хирургический Центр им. Н.Н. Пирогова

³ ЗАО «НПФ «БИОСС», Москва

Резюме

Представлены результаты разработки и клинического применения комбинированного метода хирургического лечения осложненного геморроя с использованием трансанальной дезартеризации геморроидальных узлов под УЗ – контролем с лифтингом и мукопексией слизистой в сочетании с субмукозной лазерной деструкцией тканей геморроидального узла.

Проведена клиническая оценка метода, выявлены преимущества по сравнению с существующими методиками.

Ключевые слова: геморрой, проктология.

THE EXPERIENCE OF COMBINED TREATMENT OF HEMORRHOIDS III-IV GRADES: LASER DESTRUCTION OF CAVERNOUS BODIES IN COMBINATION WITH TRANSANAL HEMORRHOIDAL DEARTERIALIZATION

Nemenov E.G., Kochurcov N.V., Tolstyh V.S., Abdullaev R.K., Sotnikova V.A., Cybin I.M.

The article presents results of development and clinical application of the combined method for complicated hemorrhoids surgical treatment with application of transanal hemorrhoidal dearterialisation under Doppler-control with lifting and mucopexy of mucosa combined with submucosal laser destruction of hemorrhoidal bolus tissue.

Clinical evaluation of the method was carried out. Advantages over existing methods were revealed.

Keywords: hemorrhoids, proctology.

Геморрой является одним из наиболее часто встречающихся проктологических заболеваний, его частота колеблется от 34 до 41% среди болезней прямой кишки и анального канала [2, 7].

Основным методом хирургического лечения геморроя остается традиционная геморроидэктомия. Показания к проведению геморроидэктомии выставляют при III–IV стадии заболевания. «Золотым стандартом» при этом является радикальная геморроидэктомия по Миллигану-Моргану (Milligan E., Morgan G., 1937 г.) [1, 2, 9, 12].

Однако геморроидэктомия как метод хирургического лечения геморроя имеет определенные недостатки. Ведущим недостатком этой методики является интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде (23–41%), в значительной степени удлиняющая сроки реабилитации. Кроме того, к ранним послеоперационным осложнениям относят: кровотечения (2–4%), воспалительные осложнения (2–4%), дизурию (15–26%). В отдаленные сроки возможно формирование стриктуры анального канала (6–9%), слабости анального жома (1,8–4%). Рецидивы через 10–12 лет выявляют у 8,3–30% [10].

Ориентация на качество жизни пациента, стремление к моделированию процессов реабилитации и восстановлению социальной активности заставляет проктологов разрабатывать новые патогенетически обо-

снованные методики хирургического лечения геморроя. В настоящее время, в арсенале доступных проктологу манипуляций находятся: склерозирование, латексное лигирование геморроидальных узлов, инфракрасная фотокоагуляция, лигирование геморроидальных артерий под контролем доплерометрии [9]. Данные методики подкупают простотой выполнения, возможностью применения в амбулаторных условиях, невыраженностью болевого синдрома и отсутствием потери трудоспособности после проведения процедуры. Большинство из этих миниинвазивных методов показаны при I–II стадии геморроя, либо используются в комбинации для лечения III–IV стадий.

В 1995 году Kazumasa Morinaga применил лигирование геморроидальных артерий при геморрое, которое заключалось в перевязке геморроидальных артерий под контролем ультразвуковой доплерометрии [11, 13]. В 2005 году методика была дополнена проктоанальной пластикой, благодаря чему показания к выполнению данного малоинвазивного вмешательства расширились со II–III стадии до IV. Метод является патогенетически оправданным, так как воздействует на оба механизма развития геморроя: сосудистый и механический. Лигирование геморроидальных артерий воздействует на сосудистый фактор развития, проктоанальная пластика блокирует механический компонент прогрессии геморроя. В клиническую практику метод был внедрен

Государственным научным центром колопроктологии в 2000 г., а в 2009 г. исследованиями Е.А. Загрядского была доказана достаточно высокая эффективность методики в лечении геморроидальной болезни [4].

Результат лечения прослеживается после одноэтапной манипуляции. Исчезновение проявлений геморроя наблюдается приблизительно у 83–85% пациентов. Рецидивы возникают в 15–17% случаев и требуют применения других малоинвазивных методов лечения, либо выполнения геморроидэктомии.

С целью нивелирования частоты послеоперационных осложнений и улучшения результатов лечения геморроя нами рассмотрена возможность комбинированного применения лигирования геморроидальных артерий, мукопексии и лифтинга слизистой с лазерной деструкцией кавернозных телец.

Изучение проблемы использования высокоинтенсивного лазерного излучения в хирургии начатое в 80-х годах прошлого века (О.К. Скобелкин с соавт. 1989 г.; Clark W.C. с соавт. 1984 г.) привело к широкому и успешному применению лазеров в хирургии [8].

Лазерное излучение в первую очередь оказывает термический эффект, то есть вызывает моментальное «испарение» тканевой жидкости с коагуляцией клеточных структур и развитием коагуляционного некроза. Морфологическая картина ран, возникающих под воздействием лазерного излучения имеет определенные отличия от ран иного происхождения [3].

В зоне лазерного воздействия отмечается наличие коагуляционного некроза, на границе которого определяется умеренный отек и расстройство кровообращения в виде гиперемии, диапедезных кровоизлияний, стазов. Зона термического поражения минимальна, не более 0,15 мм, а образование коагуляционных эмболов крови и лимфы в просвете мелких сосудов исключает возможность возникновения кровотечения. Кроме того, мощное бактерицидное воздействие лазерного излучения препятствует развитию септических осложнений.

Минимальная выраженность экссудативной стадии, отсутствие выброса кининов и других вазоактивных веществ из коагулированных тканей обуславливает слабую лейкоцитарную инфильтрацию области лазерного воздействия (Давыдовский Н.В., 1969).

Таким образом, ускоренное накопление в тканях гликозаминогликанов, являющихся основными веществами соединительной ткани наряду с вышеизложенными особенностями протекания репаративных процессов способствует заживлению лазерных ран первичным натяжением без образования грубых рубцов.

Все это позволило нам использовать сочетание методов трансанальной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов под доплеровским контролем с мукопексией и лифтингом слизистой и метода лазерной субмукозной деструкции кавернозных телец в хирургическом лечении геморроя III–IV ст.

Мы обладаем опытом выполнения 31 оперативного вмешательства у пациентов в возрасте от 38 до 55 лет. Сроки наблюдения наших пациентов составили от 2 до 36 месяцев.

Для выполнения оперативного вмешательства нами использовался аппарат для проксимального шовного лигирования Ангиодин-Прокто (ЗАО «НПФ «БИОСС», Россия) (рис. 1) и полупроводниковый лазер ЛСП «ИРЭ Полус» с длиной волны 0,97 мкм и мощностью 6 Вт. (рис. 2) (ЗАО «ПОЛИОС», Россия).

С целью оптимизации оперативного лечения нами разработан и внедрен в практику аноскоп «Биосс» (ЗАО «НПФ «БИОСС», Россия), позволяющий производить одномоментные манипуляции: проведение дивульсии анального жома, трансанальной дезартеризации с лифтингом и мукопексией, а так же субмукозную лазерную деструкцию геморроидальных узлов.

Техника выполнения оперативного вмешательства была следующей: под внутривенной анестезией в аналь-



Рис. 1. Ангиодин-Прокто (ЗАО «НПФ «БИОСС», Россия)

ный канал вводился аноскоп «Биосс» диаметром 35 мм., с помощью датчика для доплерометрии, установленного на последнем, определялось месторасположение веток верхней прямокишечной артерии, подлежащих лигированию. После проведения лигирования артерий субмукозно, пункционным путем проводили лазерный световод в двух – трех радиальных направлениях вдоль всей толщи кавернозной ткани геморроидального узла. При тракции световода изнутри кнаружи выполняли лазерную деструкцию тканей, при этом объем внутреннего узла уменьшался в 3–4 раза, после чего выполняли лифтинг и мукопексию слизистой непрерывным швом с использованием нити Dexon 2/0 с иглой 5/8 круга и длиной иглы 27 мм (Covidien, США) от проксимального участка до дистальной части, не доходя до зубчатой линии. Подобным путем проводили лифтинг по всему периметру кишки, в основном на 3, 7 и 11 часах.

Все операции выполнялись в условиях стационара одного дня. Оценка выраженности болевого синдрома

проводилась сразу после окончания действия анестезии со 2 по 14 день после операции (таб. 1).

Табл. 1. Субъективная оценка пациентами выраженности болевого синдрома [5, 6]

	Болевой синдром			Дискомфорт в области послеоперационной раны
	от 7–9 баллов ¹	от 4–6 баллов ²	от 1–3 баллов ³	
1–3 сутки	18 пациентов	12 пациентов	1 пациент	–
4–8 сутки	22 пациента	3 пациента	–	6 пациентов
8–14 сутки	6 пациентов	–	–	25 пациентов

Примечание: ¹ – Невыраженный болевой синдром. ² – Слабый болевой синдром. ³ – Нет болевого синдрома. Сроки социальной реабилитации наших пациентов составили от 5–14 дней.



Рис. 2. Полупроводниковый лазер ЛСП «ИРЭ Полус» (ЗАО «НПФ «БИОСС», Россия)



Рис. 3. Аноскоп «Биосс» (ЗАО «НПФ «БИОСС», Россия)



Рис. 4. До операции



Рис. 5. Третьи сутки после операции

Выводы

Использование метода трансанальной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии в сочетании с субмукозной лазерной деструкцией с применением аноскопа «Биосс», является высокотехнологичным малоинвазивным методом хирургического лечения осложненного геморроя III–IV ст., позволяющим сократить время оперативного вмешательства, сроки социальной реабилитации пациентов.

Литература

1. Благодарный Л.А. Клинико – патогенетическое обоснование выбора способа лечения геморроя: автореф. дис... д-ра мед. наук / Л.А. Благодарный. – Москва, 1999. – 322 с.
2. Воробьев Г.И. Геморрой: 2-е изд. / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный – М.: Литтерра, 2010. – 200 с.
3. Елисвенко В.И. Механизмы взаимодействия различных видов лазерного излучения с биологическими тканями / В.И. Елисвенко // Использование лазеров для диагностики и лечения заболеваний. М., 1996. – 3 с.
4. Жудро А.А. Острая боль в хирургической практике и ее количественная оценка / А.А. Жудро // Медицинские новости. – 2007. № 7. – С. 12–18.
5. Загрядский Е.А. Трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов под доплер контролем с муколексией и лифтингом слизистой в лечении геморроя III – IV ст. / Е.А. Загрядский // Хирургия. – 2009. № 2. – С. 52–54.
6. Козловская Н.Г. Клиническая оценка боли в интра- и постоперационных периодах – Клиника экспериментальной терапии РОНЦ им Н.Н. Блохина РАМН СОО «Биоконтроль», www.biovit.ru.
7. Ривкин В. Л. Геморрой / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер. – М.: Медицина, 1976. – 276 с.
8. Скобелкин О.К. – Лазеры в медицине / О.К. Скобелкин. – М.: Медицина, 1989. – 256 с.
9. Шельгин Ю.А. Выбор способа геморроидэктомии при хроническом геморрое / Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный, Л.М. Хмылов // Колопроктология. – 2003. № 1. – С. 1–9.
10. Шельгин Ю.А. Результаты лигирования дистальных ветвей верхней прямой кишки артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии при хроническом геморрое / Ю.А. Шельгин, А.Ю. Титов, В.В. Веселов, М.Х. Канаметов // Хирургия. – 2003. № 1. – С. 39–44.
11. Arnold S., Anonietti E., Rollinger G., Scheyler M. Doppler ultrasound assisted hemorrhoid artery ligation A new therapy in symptomatic hemorrhoids. *Chirurg* 2002; 73: 269–273.
12. Milligan E., Morgan G. et al. Surgical anatomy of the anal canal and operative treatment of haemorrhoids. *Lancet* 1937; 1119–1124.
13. Morinaga K., Hasuda K., Ikeda T. A novel therapy intestinal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly Devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Donnlner Flowmeter. *Am gastroenterol* 1995; 610–613.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Сотникова В.А.
 Тел.: +7 (903) 281-47-74
 e-mail: SotnikovaVA@yandex.ru