

УДК 616.147.17-007.64-089

СУДИННИЙ АСПЕКТ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕМОРОЮ

О.Є. Бобров, П.І. Тураєв, М.М. Гвоздяк, О.В. Шуляренко

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Реферат. Наведено результати хірургічного лікування 27 хворих з внутрішнім гемороєм III ступеня. Обґрунтовані переваги операції лігування гемороїдальних артерій під контролем ректального доплерівського датчика у таких хворих.

Ключові слова: внутрішній геморої, гемороїдектомія

Згідно з даними медичної статистики, на геморої найчастіше хворіють чоловіки у віці від 30 до 50 років. Біля 10% населення земної кулі звертається до лікарів з приводу цієї хвороби, а в розвинених країнах геморої знаходять у 60% громадян [4].

Геморої – варикозне розширення гемороїдальних вен прямої кишки, локалізованих в хірургічному анальному каналі, що супроводжується кровотечею, а іноді тромбозом і запаленням, свербінням і іншими симптомами.

В основі гемодинамічної складової патогенезу геморою – дисфункція судин, яка призводить до посиленого притоку артеріальної крові та зменшення відтоку по кавернозних венах, що спричиняє збільшення кавернозних тілець та формування гемороїдальних вузлів; в основі м'язово-дистрофічної – розвиток дистрофічних процесів у поздовжньому м'язовому шарі стінки прямої кишки та зв'язці Паркса, що розташована у міжсфинктерному просторі, які утворюють своєрідний фіброзно-м'язовий каркас внутрішніх гемороїдальних вузлів та утримують їх в анальному каналі, що призводить до переміщення внутрішніх (підслизових) гемороїдальних вузлів у дистальному напрямку і навіть назовні за межі перехідної складки [1-6].

Мета роботи

Порівняння ранніх результатів гемороїдектомії за Міліганом-Морганом з лігуванням гемороїдальних артерій під контролем ректального доплерівського датчика у пацієнтів з III стадією внутрішнього геморою.

Матеріал та методи

Всього було обстежено і прооперовано 27 пацієнтів з внутрішнім гемороєм III ступеня. Проктологічний огляд включав такі етапи: 1) огляд періанальної ділянки з пальпацією; 2) пальцеве дослідження анального каналу та ампули прямої кишки; 3) аноскопія (огляд анального каналу за допомогою аноскопа) або огляд за допомогою ректального дзеркала; 4) ректороманоскопія (ендоскопічне досліджен-

ня прямої кишки, ректосигмоїдного згину товстої кишки та дистального відділу сигмоподібної кишки за допомогою ректороманоскопа) не менш ніж на 25 см; неможливість огляду на вказану відстань пояснюється в описанні, при можливості після повторної підготовки цей етап повторюється (4). Вік пацієнтів – 19-61 рік, середній вік – 33,7 років. Основним критерієм підбору пацієнтів була наявність внутрішнього геморою III ступеня, котрий не був лікований хірургічно і міг бути пролікований за допомогою різноманітних хірургічних методів. В дослідження не було включено пацієнтів з наявністю в анамнезі гострого гемороїдального тромбозу, гемороїдальної кровотечі, іншої патології анального каналу та промежини. I група (7 (25,93%) пацієнтів) було проліковано лігуванням гемороїдальних артерій під контролем ректального доплерівського датчика, II групі (20 (74,07%) пацієнтів) було виконано гемороїдектомію за методом Мілігана-Моргана. Обидві групи були однорідні по статі, віку, факторам ризику.

Всім пацієнтам проводилась передопераційна підготовка з використанням клізми препаратом «Мікролакс» (2 тубика).

В 1995 році японський хірург Kazumasa Morinaga запропонував новий спосіб лікування геморою II-III ступеня.

Операція проводиться під спінальною анестезією. Пацієнти займають гінекологічне положення.

Для проведення операції використовують апарат КМ-25 (медична корпорація «Вайдан», США), що складається з проктоскопа 12-сантиметрової довжини з латеральним віконцем, сполученим з ультразвуковим датчиком. Проктоскоп поєднаний з підсилювачем і джерелом світла (рис. 1.).

Коли цей проктоскоп вводиться в аноректум, датчик знаходиться в верхній частині анального каналу і повільно обертається на 2-3 см. вище зубчастої лінії. Пульсаційний відповідний сигнал надходить з підсилювача, який відмічає ділянки гемороїдальних судин і їх відгалужень. Через латеральне віконце артерії лігуються лігатурами з матеріалу, який довго зберігається і абсорбується. Операція закінчується, коли артерії більше не виявляються. Після

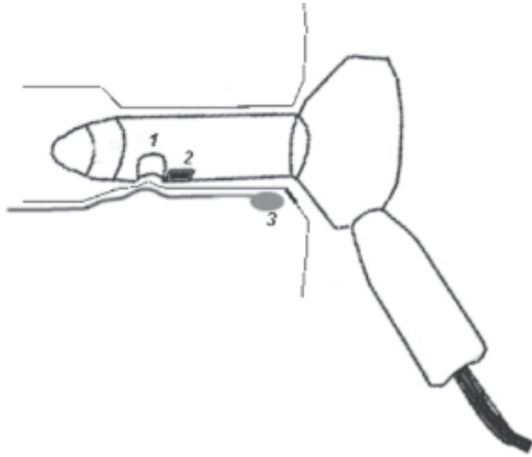


Рис. 1. Операційний проктоскоп: 1 – віконце; 2 – доплерівський датчик; 3 – внутрішній гемороїдальний вузол і артерія, що йде до нього.

цього проводиться пальцьове дослідження. Ефект вважається позитивним, якщо відбулась ретракція внутрішніх гемороїдальних вузлів в анус.

Пацієнти можуть бути виписані з стаціонару на наступний день після операції, всім їм призначається дієта, що містить велику кількість волокон, а також, за необхідності, знеболювальні препарати (Кетолонг, Кетанов). Гігієна полягала в призначенні ванночок з ромашкою. Всім пацієнтам як до, так і після операції призначався Детралекс, сумарно протягом 1 місяця.

Біль оцінюється відповідно до порівняльної шкали болю за Jack Harich (див. таб.) кожного дня протягом першого післяопераційного тижня і після першої дефекації, потім через тиждень, 3, 6 і 12 місяців.

Результати та обговорення

I група містила 7 (25,93%) пацієнтів, котрим було виконано лігування гемороїдальних артерій під контролем ректального доплерівського датчика. У 3 (42,86%) хворих цієї групи було знайдено і лігвано 4 артерії, у 4 (57,14%) хворих було виявлено і лігвано 3 артерії. Не було жодного ускладнення операції. В середньому, операція тривала 37 (між 29 і 40 хвилин) хвилин. Середня тривалість післяопераційного періоду знаходження в стаціонарі склала 3,1 доби.

Результати дослідження болю подані на рисунку 2.

Знеболювальні препарати (Кетолонг, Кетанов) призначались одноразово в день операції. В подальшому жоден пацієнт не відмічав якогось-небудь болю.

У 2 хворих першої групи в післяопераційному періоді протягом 3 діб виникла незначна ректальна кровотеча, яка була купована консервативно (гемостатичні ректальні супозиторії). Результати обстеження через 2 тижні, 3

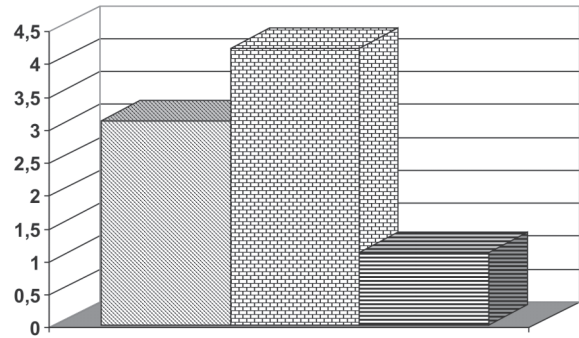


Рис. 2. Вираженість болю (за шкалою болю Jack Harich) залежно від терміну після операції (1 – перша доба після операції, 2 – перший тиждень, 3 – тиждень після операції)

місяці свідчать, що випадків пролабування геморою, стриктури анального каналу, розладів дефекації виявлено не було.

Віддалені результати буде досліджено пізніше.

II група – 20 (74,07%) пацієнтів, котрим було виконано гемороїдектомію за методом Мілліган-Моргана (висічення одним блоком гемороїдальних вузлів на 3, 7 та 11 годинах). В середньому, операція тривала 38 хвилин (між 29 і 49 хвилин). Середня тривалість післяопераційного періоду знаходження в стаціонарі склала 7,6 діб. Серед ранніх післяопераційних ускладнень слід відмітити больовий синдром у всіх пацієнтів, котрий потребував призначення, поряд з ненаркотичними, наркотичних анальгетиків 3-4 рази на добу в середньому 3,9 діб і ненаркотичних, за необхідності, до 9 діб (всього).

Рис. 3. Вираженість болю (за шкалою болю Jack Harich) залежно від терміну (доби) після операції

У 3 (15%) пацієнтів II групи відмічена затримка сечі, що виникала на першу добу після операції.

Результати обстеження через 2 тижні, 3 місяці свідчать, що випадків стриктури анального каналу, розладів дефекації виявлено не було.

Дослідження свідчить, що біль був значно більш виражений і потребував застосування наркотичних анальгетиків у пацієнтів, котрі оперовані за методом Мілліган-Моргана. Зазвичай, біль під час дефекації до 10 діб після операції у цієї групи хворих пов'язаний з відкритою раною анального каналу, в той час як у пацієнтів першої групи біль не був наслідком відкритої рани анального каналу, потребував лише однократного застосування ненаркотичних анальгетиків (8,9).

Звертає на себе увагу, що у 3 (42,86%) хворих першої групи було знайдено і лігвано більш, ніж 3 гемороїдальні артерії.

Середня тривалість операції (I група – 37

Таблиця

Порівняльна шкала болю за Jack Harich

Порівняльна шкала болю		
	0	Почувається абсолютно здоровим
Малої вираженості (не виникає при більшості рухів; пацієнт здатен до адаптації психологічно, медикаментозно або із застосуванням інших заходів)	1 маловиражений	Дуже слабкий біль, який прирівнюється до укусу комара чи зудіння. Більшість часу пацієнт не згадує про біль.
	2 дискомфортний	Слабкий біль, який прирівнюється до такого при затисканні шкіри між великим пальцем і першим пальцем іншою рукою, застосовуючи нігті. Зверніть увагу, що люди по-різному реагують на цей тест.
	3 толерантний	Больове відчуття відповідає такому, як при випадковому ударі по носу, що викликає носову кровотечу, або як при ін'єкції. Біль не настільки виражений, що пацієнт не може звикнути до нього. Зазвичай, більшість часу пацієнт не помічає біль. Пацієнт може адаптуватись до нього.
Помірної вираженості (виникає при більшості рухів; вимагає зміни способу життя, але пацієнт може обслуговувати себе сам; неможливо пристосуватися до болю)	4 спричиняє неспокій	Сильний біль, як середньовиражений зубний біль, початковий біль від укусу бджоли, біль при затисканні пальця. Такий біль пацієнт помічає постійно і не може повністю пристосуватись. Цей біль може моделюватись при затисканні згину шкіри між великим пальцем і першим пальцем іншою рукою, з використанням нігтів, причому досить вираженою. Зверніть увагу, що спочатку біль має проникаючий характер, а потім пригушяється.
	5 спричиняє виражений неспокій	Сильний, глибоко проникаючий біль, як при різкому русі голілки на ожеледиці, або помірному болю в спині. Крім того, що пацієнт відчуває біль весь час, його нормальний спосіб життя суттєво зменшується. Можуть виникнути тимчасові особистісні розлади.
	6 інтенсивний	Сильний, глибоко проникаючий біль настільки виражений, що, здається, домінує над ясним мисленням, примушує іноді неправильно оцінювати дійсність. Пацієнт не може нормально працювати або підтримувати нормальні соціальні відносини. Порівнюваний з вираженим болем, як при мігрені, поєднаним з кількома укусами бджоли, або з вираженим болем в хребті.
Виражений (неможливі звичайні рухи; пацієнт є інвалідом і не може обслуговувати себе самостійно)	7 дуже інтенсивний	Як в пункті 6, але біль повністю домінує над ясним мисленням, затьмарює дійсність приблизно половину всього часу. Пацієнт, фактично, є інвалідом і нерідко не може жити один. Порівнюваний з середньовираженим головним болем при мігрені.
	8 вкрай жахливий	Біль настільки виражений, що пацієнт взагалі втрачає ясність мислення. Якщо біль продовжується досить довго, відбуваються серйозні зміни особистості. Суїцид розглядається як можливий варіант і іноді такі спроби бувають. Порівнюваний з таким, як при народженні дитини або дуже вираженому головному болю при мігрені.
	9 непереносний	Біль настільки виражений, що пацієнт не може пристосуватись і вимагає знеболення або операції, незважаючи на можливі ускладнення або ризик. Якщо це неможливо, суїцид дуже ймовірний, оскільки більше немає задоволення від життя. Співмірний з таким при раку гортані.
	10 затьмарюючий	Біль настільки виражений, що ясність мислення повертається лише на нетривалий період часу. Більшість людей ніколи не відчували такий рівень болю. Ті, хто постраждав від серйозного нещасного випадку, як, наприклад, втрата верхньої кінцівки без серйозної крововтрати з втратою свідомості, перенесли рівень 10.

хвилин, II група – 38 хвилин) приблизно однакова в обох групах, що, ймовірно, пов'язано з початком освоєння методики лігування гемороїдальних артерій під контролем ректального доплерівського датчика (7,9).

Середня тривалість післяопераційного періоду знаходження в стаціонарі в першій групі істотно менша (3,1 доби), ніж в другій (7,6 діб).

В обох групах кількість ранніх ускладнень незначна (в першій групі у 2 (28,57%) пацієнтів

протягом 3 діб виникла незначна ректальна кровотеча, в другій у 3 (15%) пацієнтів відмічена затримка сечі), ці ускладнення не є суттєвими і купувались консервативно (7). Затримка сечі у 3 (15%) пацієнтів II групи, що виникла в першу добу після операції, пов'язана з наявністю хронічного простатиту і аденоми простати.

В и с н о в к и

1. Перевагами операції лігування геморойдальних артерій під контролем ректального доплерівського датчика є невелика тривалість; збереження цілісності слизової анального каналу з її рецепторами, відсутність суттєвого болювого ефекту в післяопераційному періоді; швидке відновлення активного способу життя і працездатності.

2. Ранні результати операції лігування геморойдальних артерій під контролем ректального доплерівського датчика оптимістичні, пізні потребують вивчення і аналізу.

СОСУДИСТЫЙ АСПЕКТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРОЯ

О.Е. Бобров, П.И. Тураев, О.В. Шуляренко

Реферат. Приведены результаты хирургического лечения 27 пациентов с внутренним геморроем III степени. Обоснованы преимущества операции лигирования геморройдальных артерий под контролем ректального доплеровского датчика у таких пациентов.

Ключевые слова: внутренний геморрой, геморройдектомия

VASCULAR ASPECT IN SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHOIDS

O.E. Bobrov, P.I. Turaev, O.V. Shulyarenko

Abstract. Results of surgical treatment of 27 patients with grade III internal hemorrhoids has been shown to be associated with better outcomes of Doppler-guided hemorrhoid artery ligation for such patients.

Key words: internal hemorrhoid, hemorrhoidectomy

ЛІТЕРАТУРА

1. Ан В.К., Ривкин В.Л. Неотложная колопроктология. – М.: Медпрактика, 2003. – 144 с.
2. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – М., 2006. – 431 с.
3. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. – М.: Митра-Пресс, 2002. – 192 с.
4. Захараш М.П., Пойда О.І. Сучасна діагностика та лікування хронічного геморою. Досвід Колопроктологічного центру України // Здоров'я України. – 2005. – № 110. – С. 17-19.
5. Масляк В.М., Павловский М.П., Лозинский Ю.А. Практическая проктология. – Львов, 1989. – 210 с.
6. Aigner F, Bodner G, Conrad F, Mbaka G, Kreczy A, Fritsch H. The superior rectal artery and its branching pattern with regard to its clinical influence on ligation techniques for internal hemorrhoids // Am J Surg. – 2004. – № 187. – P. 102-108.
7. Faucheron JL, Gangner Y Doppler-Guided Hemorrhoidal Artery Ligation for the Treatment of Symptomatic Hemorrhoids: Early and Three-Year Follow-up Results in 100 Consecutive Patients // Dis Colon Rectum. – 2008. – № 25. – P. 945-949.
8. Miles AJ, Dunkley AJ. Day case haemorrhoidectomy // Colorectal Dis. – 2007. – № 9(6). – P. 532-535.
9. Wallis de Vries BM, van der Beek ES et al. Treatment of Grade 2 and 3 Hemorrhoids with Doppler-Guided Hemorrhoidal Artery Ligation // Dig Surg. – 2007. – № 24 (6). – P. 436-440.