

**СОВРЕМЕННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Байгазаков А.Т.<sup>1</sup>, Маманов Н.А.<sup>1</sup>, Осмоналиев Б.К.<sup>1,2</sup>**

**Конурбаев Ж.Т., Шадибеков Р.А.<sup>2</sup>**

Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic

<sup>2</sup>Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В работе представлены результаты дезартеризации геморроидальных узлов с лифтинговой мукопексией под контролем доплерографии у 155 пациентов с II-IV стадией хронического геморроя. У 45 (29%) больных была проведена одновременная коррекция сопутствующей анальной патологии. Послеоперационные осложнения возникли у 12 (7,7%) пациентов.

**Ключевые слова:** геморрой, дезартеризация геморроидальных артерий, лифтинговая мукопексия, доплерометрия.

**ЗАМАНБАП МИНИМАЛДЫК ИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯСЫ: АНАЛДЫК ПАТОЛОГИЯ МЕНЕН КОШТОЛУУЧУ ӨНӨКӨТ ГЕМОРРОЙДУ ДАРЫЛООДО ГЕМОРРОИДАЛДЫК ТҮЙҮНДӨРДҮ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯЛОО**

**Байгазаков А.Т.<sup>1</sup>, Маманов Н.А.<sup>1</sup>, Осмоналиев Б.К.<sup>1,2</sup>**

**Конурбаев Ж.Т., Шадибеков Р.А.<sup>2</sup>**

Бишкек шаардык ЮРФА-Clinic Эндовидеохирургия борбору

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул иште II-IV стадиядагы өнөкөт геморрой менен жабыркаган 155 оорулууга жасалган доплерографиялык көзөмөлдөө аркылуу лифтингдик мукопексия менен геморроидалдык түйүндөрдү дезартеризациялоонун жыйынтыктары берилди. Булардын ичинен 45 (29%) оорулууда аныкталган аналдык патологияга бир эле учурда коррекция жасалды. Операциядан кийин 12 (7,7%) бейтапта ар-түрдүү кабылдоолор байкалды.

**Негизги сөздөр:** геморрой, геморроидалдык артерияларды дезартеризациялоо, лифтингдик мукопексия, доплер.

**MODERN MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES: DEZARTERIZATSIYA HEMORRHOIDS IN THE TREATMENT OF RECTO ANAL CONCOMITANT PATHOLOGY**

**Baygazakov A.T.<sup>1</sup>, Mamanov N.A.<sup>1</sup>, Osmonaliev B.K.<sup>1,2</sup>**

**Konurbaev G.T., Shadibekov R.A.<sup>2</sup>**

URFA-Clinic Endovideosurgical Center

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** This paper presents the results of hemorrhoids ligation with lifting controlled with Doppler in 155 patients with stage II-IV chronic hemorrhoids. In 45 (29%) patients underwent Simultaneous correction of concomitant anal pathology. Postoperative complications occurred in 12 (7.7%) patients.

**Keywords:** hemorrhoids, hemorrhoidal artery ligation, mucocutaneous lifting, doppler.

**Введение.**

Геморрой – это заболевание, которое широко распространено среди взрослого населения, частота его составляет 40% от общего числа проктологических заболеваний. Геморроидальной болезнью чаще всего страдают пациенты работоспособного возраста. Основным методом лечения этой патологии является операция геморроидэктомия в различных модификациях [1, 2, 3].

Основными недостатками геморроидэктомии являются выраженный болевой синдром у 23-34% оперированных, требующий неоднократного применения наркотических анальгетиков, у 15-24% - дизурические расстройства, приводящие к катетеризации мочевого пузыря и необходимости длительной медикаментозной стимуляции, у 2-4% возникают кровотечения, у 2-3% гнойно-воспалительные осложнения. В отдаленные сроки у 6-9% оперированных формируются стриктуры анального канала, а у 1,8-4% пациентов выявляется недостаточность анального сфинктера. По литературным данным, средний

срок реабилитации после геморроидэктомии составляет не менее 4 недель [4, 5, 6].

Достаточно большое число осложнений в послеоперационном периоде и желание сократить период восстановления послужили поводом для хирургов к дальнейшему поиску альтернативных методов лечения хронического геморроя, таких как лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами, склеротерапия и инфракрасная фотокоагуляция [7, 8].

Несмотря на распространенность малоинвазивных способов, следует отметить, что все эти методы направлены лишь на купирование характерных симптомов, без воздействия на основные патогенетические факторы геморроидальной болезни. Применяемые малоинвазивные методы лечения невозможно использовать при сопутствующей патологии анального канала [9].

Оптимальный способ лечения геморроя, в первую очередь, должен эффективно воздействовать на основные патогенетические факторы, быть прост в применении,

хорошо переноситься пациентами, не сопровождаться выраженным болевым синдромом, обладать коротким сроком реабилитации [10].

Из малоинвазивных способов своей новизной и оригинальностью отличается дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии. Предложенный японскими хирургами К. Morinaga, К. Nasuda и Т. Ikeda в 1995 году методика позволяет четко локализовать терминальные ветви геморроидальных артерий в подслизистом слое прямой кишки, перевязать их, тем самым предотвратив доступ артериальной крови к геморроидальным узлам. Начиная с 2000 года агентство медицинских инноваций (А.М.И.) Австрия, внедрило методику и оборудование для HAL (hemorrhoidal artery ligation) во всем мире. В конце 2005 года технология HAL, была дополнена методом RAR («ректо-анальный ремонт», «лифтинг») т.е. подтяжки узлов. В Кыргызской Республике HAL-RAR методика успешно применяется в Эндовидеохирургическом центре ЮРФА-Clinic с 2011 года.

### Материалы и методы.

Представлены результаты 155 пациентов с II-IV стадией хронического геморроя за период с июля 2011 года по настоящее время. Мужчин было 94 (60,6%), женщин 61 (39,4%). Возраст пациентов колебался от 18 до 76 лет, средний возраст составил  $41,4 \pm 6,2$  года. Длительность заболевания от 2 до 35 лет.

У 45 (29%) больных имелась сопутствующая патология прямой кишки, которым одномоментно проведены сочетанные вмешательства. У 4 пациентов анальная трещина сочеталась с полипами, у 1 анальная трещина сочеталась с интрасфинктерным свищем, у 5 – интрасфинктерный свищ различной локализации, у 13 – анальная трещина, и у 22 – полипы или гипертрофированные анальные сосочки.

Противопоказанием к дезартеризации являлся острый тромбоз геморроидальных узлов, острый парапроктит и тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации.

Предоперационное обследование пациентов проводилось по общепринятой методике. После выявления жалоб и сбора анамнестических данных проводили осмотр больных на гинекологическом кресле в положении для литотомии. При осмотре заднего прохода и перианальной области обращали внимание на состояние кожных покровов, наличие гиперемии или расчесов и мацераций, на форму заднепроходного отверстия, его зияние, на наличие наружных геморроидальных узлов, свищевых отверстий или трещин заднего прохода. При осмотре определяли степень выпадения внутренних геморроидальных узлов в покое и при натуживании, а также возможность их самостоятельного вправления. При пальцевом исследовании прямой кишки обращали внимание на тонус наружного и внутреннего сфинктеров. Определяли наличие дефектов стенки анального канала и прямой кишки, расположение, консистенцию и размеры внутренних геморроидальных узлов. При аноскопии (рис. 1) осматривали: аноректальную область с геморроидальными внутренними узлами, которые при натуживании выпадали в просвет аноскопа, слизистую оболочку

анального канала, при подозрении на сопутствующие заболевания назначали фиброколоноскопию. У пациентов с низкими показателями гемоглобина крови проводилась гастроскопия и колоноскопия.

Все больные прошли стандартное обследование, включающее общеклинические анализы, коагулограмму, сахар крови, группу крови и резус фактор, определение маркеров ВГ В, С, ИФА ВИЧ, сифилис, ЭКГ, рентген органов грудной клетки, аноскопию и ректороманоскопию.

Перед операцией проводилась подготовка прямой кишки, очистительными клизмами объемом не менее двух литров каждая, накануне вечером и утром (по схеме 2+1), и подготовка операционного поля.

### Техника операции.

Операция проводилась в позиции для литотомии чаще всего под сакральной или спиномозговой анестезией. Процедуру выполняли с помощью аппарата «Ангиодин-ПК» (НПФ БИОСС, Россия) (рис. 2).

Использовали шовный материал Викрил 2/0 с иглой 5/8 круга, с длиной иглы 27 мм. После обработки операционного поля и дивульсии вводили проктоскоп, проводили диагностическую доплерометрию и, как правило, диагностировали 4-6 артерий, расположенных на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 часах по условному циферблату. Артерии лигировались двумя 8-образными швами, затем нить не срезая использовали для лифтинга и мукопексии слизистой при наличии выпадения геморроидальных узлов. Накладывали непрерывный шов от проксимального участка до дистальной части, не доходя до зубчатой линии 5-6 мм. Нити связывали, подтягивая слизистую. Таким образом, проводили дезартеризацию и лифтинг на других участках (рис. 3, 4).

При наличии сочетанной патологии прямой кишки, сначала проводили оперативное лечение сопутствующей патологии, а затем дезартеризацию с лифтинговой мукопексией.

### Результаты и обсуждение.

Длительность операции при геморрое составила 40-50 минут, а при коррекции сопутствующей патологии – 60-80 минут. Выраженность болевого синдрома после ДГУ была меньшей, так как во время операции анальный канал задействован минимально. При иссечении трещины или свища болевой синдром более выражен. Анальгетики (анальгин+димедрол, кетонал, промедол) назначали в 1-2 сутки после операции, в последующие дни потребление анальгетиков снижалось с переводом на таблетированные формы. Также пациенты получали антибактериальную терапию (цефтриаксон по 1 гр 2 раза в день), венотоники (детралекс по 1 капсуле 3 раза в день или флебодиа-600 по 1 капсуле 2 раза в день), и для смягчения стула использовали дюфалак в дозе 20-50 мл в сутки.

В раннем послеоперационном периоде осложнения были у 12 (7,7%) пациентов. Из них у 7 (4,5%) отмечен тромбоз наружных геморроидальных узлов (произведена тромбэктомия под местной анестезией) и у 5 (3,2%) несостоятельность лифтинговых зон (произведен релифтинг). Эти осложнения были связаны с несоблюдением рекомендаций и режима, а также с явлениями проктита.

Пациенты находились в стационаре от 1 до 5 дней (в зависимости от объема вмешательства при сопутствующей



Рис. 1. Аноскоп фирмы HEINE (Германия).

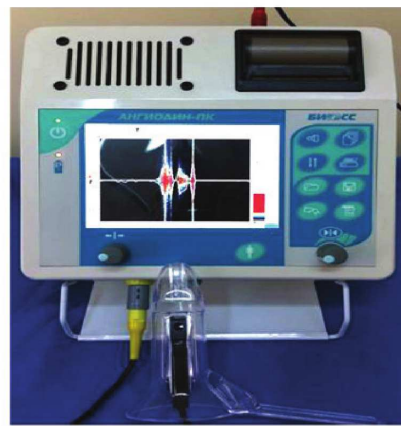


Рис.2. Аппарат «Ангиодин-ПК» (НПФ БИОСС, Россия)



Рис. 3. До процедуры ДГУ с лифтингом.



Рис.4. После процедуры ДГУ с лифтингом.

патологии), среднее пребывание в стационаре после операции составило 2,27 дней, период нетрудоспособности составил 5-7 дней. При исследовании на 10, 30, 60 сутки и в последующем не отмечено сужения анального канала, не наблюдалось рецидива геморроидальных симптомов.

**Выводы.**

Дезартеризация геморроидальных артерий под контролем доплерометрии с лифтинговой мукопексией воздействует на патогенетические факторы геморроидальной болезни, не требует этапности лечения, минимизирует риск послеоперационных осложнений, существенно сокращает сроки лечения и реабилитации. Болевой синдром значительно меньше, чем при традиционной геморроидэктомии. Данная операция успешно сочетается при хирургическом лечении сопутствующей патологии анального канала и может быть альтернативой хирургическому лечению.

**Литература:**

1. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л., Дульцев Ю.В. Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала. М.: Медицина, 1994.-143 с.
2. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: Митра-пресс, 2002.-192 с.
3. Milligan E., Morgan G., Jones L., Officer R. Surgical anatomy of the anal canal and operative treatment of haemorrhoids. Lancet, 1937.-2.-p. 1119-1124.
4. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое

обоснование выбора метода хирургического лечения геморроя. Автореф. дисс. д.м.н. М., 1999.-29 с.

5. Дульцев Ю.В., Титов Ю.А., Каланов Р.Г. Геморроидэктомия с использованием сшивающих аппаратов. Хирургия.-1989. №2.-С.115-118.
6. Arberman G., Krook H., Haapaniemi S. Closed vs. open haemorrhoidectomy – is there any difference? Dis. Colon. Rectum, 2000.-43(1). -p. 31-34.).
7. Соловьев О.Л. Склерозирующая терапия в амбулаторном лечении геморроя. Автореф. дисс. к.м.н. Волгоград, 1996, 23 с.
8. Tsamakidis K., Dimitroulopoulos D., Xinopoulos D., Karaitianos I., Archavlis E., Kontou M., Paraskevas E. Infrared photocoagulation as a treatment in the acute haemorrhoidal disease. 8 Biennial congress European council of coloproctology. Abstract book, Prague, 2001, p.92.
9. Соловьев О.Л., Наумов А.И., Коцержуба А.Р. Сравнительная оценка оперативного и консервативного методов лечения геморроя. В сб.: “Актуальные проблемы колопроктологии”: Материалы Всеросс. конф. Н.Новгород, 1995.-С. 28-31.
10. Morinaga K., Hasuda K., Ireda T. Anovel therapy for internal haemorrhoids: ligation of the haemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. Am. J. Gastroenterol.- 1995.-90(4).-P.610-613.