

ТРАНСАНАЛЬНА ГЕМОРОЇДАЛЬНА ДЕАРТЕРІАЛІЗАЦІЯ ЯК СУЧАСНИЙ МАЛОІНВАЗИВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ГЕМОРОЮ

*А.В.Верба, Р.П.Сташук,
В.О.Криворучко, С.М.Луков*

**Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону
Вінниця, Україна**

Вступ

Геморой — одне з найпоширеніших захворювань людини, яке являє собою гіперплазію кавернозної тканини анального каналу, що виникає внаслідок порушення кровотечі в кавернозних тільцях. За даними досліджень підраховано, що в індустріально розвинених країнах рецидивуючий геморой зустрічається приблизно у 50% населення віком понад 50 років. На геморой страждає в середньому 12 осіб зі 100, а його питома вага серед хвороб прямої кишки складає близько 40%. Однаково часто хворіють чоловіки і жінки. Основними клінічними симптомами геморою є кровотеча, анальний свербіж, дискомфорт у ділянці ануса, випадіння гемороїдальних вузлів, біль у задньому проході тощо. Гемороїдальне сплетіння — це фізіологічна структура великих васкулярних проміжків, артеріовенозних вузлів, веретеноподібних, мішковидних чи серпігінозних розширень, так звана *corpus cavernosum recti* (сукупність кавернозних тілець анального отвору) — ССР, яка розміщена вище зубчатої лінії, на відстані 3-5 см від початку анального отвору. ССР називають артеріовенозною кавернозною сіткою без капілярного розгалуження. Саме тому вона має деякі еректильні властивості, які забезпечують додатковий регуляційний механізм (функціонування сфінктера). Існує велика кількість різноманітних методів лікування геморою. На сьогоднішній день усі методи лікування геморою об'єднані в три основні групи: консервативні (медикаментозні); хірургічні (оперативні): Milligan-Morgan, Parks, Ferguson, Withead-Toupet, метод Longo; ма-

лоїнвазивні: склеротерапія, лігування латексними кільцями, інфрачервона коагуляція, кріотерапія.

Традиційні хірургічні методи лікування достатньо ефективні, оскільки ліквідують так звану ніжку, на якій тримається вузол, але водночас пацієнти страждають від болю внаслідок резекції гемороїдальної тканини. Після такої гемороїдектомії в анальному каналі залишаються відкриті рани, які спричиняють больові відчуття під час кишкових випорожнень. У країнах СНД, як і в Україні зокрема, традиційні оперативні втручання становлять 97%, малоінвазивні методики — лише 3%. Більшість прооперованих пацієнтів складають люди працездатного віку. Термін непрацездатності після таких операцій у середньому становить 25 ± 3 дні. Для порівняння: у країнах Північної Америки та Європи малоінвазивні методики посідають перше місце (79-83% становлять у структурі оперативних втручань і з приводу геморою). З метою зменшення післяопераційного дискомфорту та скорочення термінів лікування протягом останніх 40 років запропоновано малоінвазивні методи лікування даного захворювання. На жаль, більшість малоінвазивних методик (лігування, інфрачервона коагуляція, склеро- та кріотерапія тощо) не є радикальними. Після таких методик часто виникають рецидиви, оскільки ніжки гемороїдальних вузлів все-таки залишаються. У 1995 р. в Токіо (Японія) було вперше запроваджено трансанальну гемороїдальну деартеріалізацію (ТГД). Технологія ТГД полягає в надійному перев'язуванні артерій, які живлять гемороїдальні вузли, під контролем доплерівського зонда. Ця методика стала альтернативою як класичним, так малоінвазивним втручанням із приводу геморою, оскільки є радикальною і малоінвазивною одночасно.

Матеріали та методи дослідження

У відділенні абдомінальної хірургії Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за період із січня 2012 р. до квітня 2013 р. було виконано 16 оперативних втручань за методикою ТГД. Вік прооперованих пацієнтів становив 27-63 роки. Серед них було 12 чоловіків і 4 жінок. 10 пацієнтів прооперовано з приводу хронічного геморою II ступеня, 6 пацієнтів — III ступеня, у 2 із них ускладнені частими кровотечами з розвитком постгеморагічних анемії.

Випадіння вузлів відмічалось в усіх хворих. Клініко-лабораторне та інструментальне обстеження хворих не відрізнялося від такого, яке зазвичай проводиться перед стандартною гемороїдектомією. Протипоказаннями до проведення ТГД нами вважались наявність аноректального тромбозу, запальні захворювання прямої кишки, анального

каналу (у тому числі гострі та хронічні анальні тріщини) та параректальної клітковини. Усі оперативні втручання проводились під спинномозковою анестезією. Методика операції полягала у прошиванні та лігуванні гілок верхньої ректальної артерії під контролем доплерівського датчика за основними шістьма колекторами на 1, 3, 5, 7, 9 та 11-й годинах за циферблатом. Нами використовувався апарат італійського виробництва «ТНД-Evolution». Інструмент ТНД обладнано доплерівським зондом, завданням якого є виявлення кінцевих гілок верхньої гемороїдальної артерії, які потім прошиваються через відповідний отвір в інструменті на відстані 2-3 см вище зубчатої лінії. Таким чином, постачання крові до гемороїдальних вузлів скорочується, і вони зменшуються, а при наявності кровотечі остання зупиняється. Використання даного апарата дає змогу акустичного виявлення локалізації гілок верхньої ректальної артерії та досить ефективного їх лігування. При випадінні гемороїдальних вузлів ми виконували пексію слизової оболонки анального каналу за відпрацьованою методикою, що дозволяло ліквідувати пролапс гемороїдальних вузлів. У кінці операції проводився доплерівський контроль на відсутність пульсації судин нижче місця лігування. Операція закінчувалася введенням мазевого тампона в анальний канал, який видалявся в першу післяопераційну добу.

Результати дослідження та їх обговорення

У ранньому післяопераційному періоді з метою зменшення болювого синдрому при геморої ІІІ ступеня, яким проводилася пексія слизової оболонки анального каналу, призначались наркотичні аналгетики на першу добу. В інших випадках знеболення не проводилося. Післяопераційних ускладнень не відмічено. Основною скаргою пацієнтів були тенезми, відчуття стороннього тіла в анальному каналі та помірно виражені пульсуючі болі, які купірувалися ненаркотичними аналгетиками та зникали протягом 3-5 діб. Післяопераційний ліжко-день становив одну добу. Працездатність пацієнта відновлювалась через 24-48 годин. Моніторинг стану пацієнтів проводився через 7, 14 діб та один місяць після операції. Він включав огляд перианальної ділянки та пальцеве обстеження. Результати вважались задовільними за відсутності специфічних скарг, кровотеч та випадіння гемороїдальних вузлів. Аналіз отриманих результатів засвідчив, що саме використання технології ТГД в порівнянні з іншими малоінвазивними методиками дозволяє радикально, швидко, малотравматично та зі значним скороченням термінів непрацездатності вилікуватись від геморою.

Процедура	Методика	Результати
Способи амбулаторного методу (нехірургічні методи)	Лігування латексними кільцями Інфрачервона коагуляція Лазеротерапія Склеротерапія Консервативна терапія	Переваги: Проводиться амбулаторно Можливе повторне лікування Відсутність гострих больових відчуттів Недоліки: Не завжди застосовується Багатоетапність Не завжди ефективно Практично не усувають проблему повністю
Гемороїдектомія (традиційний хірургічний метод)	MILLIGAN-MORGAN FERGUSON PARKS WITHEHEAD-TOUPET	Переваги: Високоєфективний метод Рецидиви проявляються рідко Недоліки: Сильний післяопераційний біль Стаціонарне лікування Ускладнення рідко зустрічаються, але дуже тяжкі
Степлерна гемороїдектомія	PPH	Переваги: Високоєфективний у деяких випадках (випадіння слизової оболонки) Зменшення післяопераційного болю Скорочення терміну госпіталізації Недоліки: Значна кількість ускладнень Ризики, пов'язані з технікою проведення операції (післяопераційні кровотечі, перфорація, порушення функції сфінктера, порушення континенції)
Без хірургічного втручання	THD	Без післяопераційного болю Без післяопераційних ускладнень Повністю усуває проблему Без загальної анестезії Одноетапне лікування Можливе повторне лікування

Висновки

Застосування методики трансанальної гемороїдальної деартеріалізації є найбільш ефективним та найменш інвазивним методом лікування геморою, усуває саму причину геморою, проводиться в нечутливій зоні. Дана методика виконується без скальпеля, не пошкоджує тканин заднього проходу, що, в свою чергу, зменшує біль та забезпечує нормальне післяопераційне функціонування анального каналу, значно скорочує термін перебування в лікарні, швидко відновлює та повертає до нормального життя пацієнта. Вона є найбільш фізіологічною, оскільки дозволяє зберегти ті васкулярні тканини, які є складовою механізму утримання калових мас (континенція). Технологія трансанальної гемороїдальної деартеріалізації є одночасно як радикальною, так і малоінвазивною, поєднуючи переваги малоінвазивних та традиційних методів лікування геморою.