

Циркулярная резекция слизистой-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки при хроническом геморрое

К.В. Лоцинин, А.С. Карамышев

ФГУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Резюме

Представлен опыт лечения геморроя 2–4 стадий у 123 пациентов с помощью циркулярной резекции слизистой-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки по методу Лонго.

Ключевые слова: геморрой, хирургическое лечение.

Stapled hemorrhoidectomy in the hemorrhoidal disease

K.V. Loshinin, A.S. Karamishev

«Clinical hospital» of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow

Summary

Introduction: Since its introduction as a new procedure for the surgical management of hemorrhoidal disease in 1993, stapled hemorrhoidectomy has become increasingly popular.

Methods: This study was designed to review the results of circular stapled hemorrhoidectomy. Preoperative, intraoperative, and postoperative patient characteristics were evaluated. The medical records of 123 patients who had undergone circular stapled hemorrhoidectomy for symptomatic hemorrhoidal disease from 2001 to 2008 were evaluated. The study included 72 men and 51 women between 25 and 79 years old (median age 47,8 years). Overall complication rate was 11,3 percent. Complications included rectal bleeding (2,4%), urinary retention (4,1%), thrombosed external hemorrhoids (4,8%). Narcotic don't use after stapled hemorrhoidectomy. The median hospital stay was 5,9 days.

Conclusion: Stapled hemorrhoidectomy is a safe technique for the treatment of hemorrhoids.

Key words: haemorrhoidal disease, the surgical treatment.

Координаты для связи с автором: 107143, г. Москва, ул. Лосиноостровская, 45

Актуальность

Геморрой является одним из наиболее распространенных заболеваний человека. Частота геморроя достаточно высока и достигает 140–160 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес пациентов в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41% [1, 2, 3, 8, 9, 10].

В России наиболее распространенным методом лечения является геморроидэктомия, которая выполняется по типу операции Миллигана-Моргана (1937) в различных ее модификациях с удалением трех основных сосудистых коллекторов.

Применяемые в настоящее время различные модификации геморроидэктомии не лишены определенных недостатков, связанных с выраженным послеоперационным болевым синдромом и риском развития таких осложнений, как стриктура анального канала и недостаточность анального жома, а также длительными сроками медицинской реабилитации [1, 3, 8, 9, 10].

В последние годы большое распространение получают малоинвазивные способы лечения геморроя, применяемые в амбулаторных условиях [1,3,8,9]. К ним относятся лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами, склеротерапия и инфракрасная фотокоагуляция. Малоинвазивные способы лечения обладают рядом преимуществ: простой техникой выполнения процедуры, возможностью амбулаторного применения, хорошей переносимостью без ограничения трудоспособности. Однако применение этих методик наиболее эффективно лишь при 1–2 стадиях, а наличие сопутствующих заболеваний прямой кишки и анального канала являются противопоказанием для их выполнения.

По современным представлениям основными причинами развития геморроидальной болезни являются гемодинамический и механический факторы. В различных исследованиях было установлено, что основным источником кровоснабжения внутренних геморроидальных узлов, являются ветви верхней прямокишечной артерии [7, 8, 9]. Нормальное анатомическое положение и фиксация внутренних геморроидальных узлов обеспечивается мышцей Паркса и связкой Трейца, являющихся мышечно-связочным аппаратом внутренних геморроидальных узлов.

В 1993 году впервые доктором А.Longo был разработан и предложен новый метод лечения геморроя. Суть метода заключается в циркулярной резекции слизистой-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки, в результате чего происходит укрепление, подтягивание и фиксация связочно-мышечного аппарата внутреннего геморроидального сплетения, а также пересечение и блокада конечных ветвей верхней прямокишечной артерии. Этот метод воздействует на два ведущих патогенетических звена развития болезни, наряду с этим является органосберегающим, так как не требует удаления внутренних геморроидальных узлов. Простота, быстрота выполнения, короткий период нетрудоспособности, отсутствие послеоперационного болевого синдрома и послеоперационных осложнений делают этот метод очень привлекательным. В своих научных работах многие исследования доказали высокую эффективность лечения геморроя данным методом [4, 5, 6, 11, 12, 14, 18].

Материалы и методы

За период с января 2001 по 2008 год включительно на базе ФГУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации 123 пациентам, страдающим геморроем II–IV стадиями, была выполнена циркулярная резекция слизистой-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки по методу Лонго. Возраст пациентов составил от 25 до 76 лет. Средний возраст больных составил 47,8±10,3 лет. Мужчин было 72 (58,5%), женщин 51 (41,5%).

Распределение оперированных больных по стадиям хронического геморроя

Стадии заболевания	Количество больных n=123	
	n	%
I	--	—
II	7	5,7
III	90	73,2
IV	26	21,1
Всего	123	100,0

Таблица 2

Послеоперационные осложнения у больных, перенесших циркулярную резекцию слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки

Осложнения	Послеоперационные осложнения	
	n	%
Послеоперационное кровотечение	3	2,4
Задержка мочеиспускания	5	4,1
Отек наружных геморроидальных узлов	6	4,8
Итого	14	11,3

Пациенты трудоспособного возраста (от 25 до 55 лет) составили 94 (76,4%) человека, для которых быстрая медицинская реабилитация после операции и восстановление трудовой деятельности имели первостепенное значение.

В соответствии с классификацией предложенной Благодарным Л.А. (1999) больные были распределены по четырем стадиям (табл. 1). Наибольшее число больных составили пациенты третьей стадией геморроя – 90 (73,2%). У 26 (21,1%) больных выявлен геморрой четвертой стадии, а у 7 (5,7%) пациентов – второй стадии.

У ряда больных имелись сопутствующие заболевания анального канала и прямой кишки. У 9 (7,3%) из 123 пациентов обнаружена хроническая анальная трещина. У трех 3 (2,4%) больных выявлены свищи прямой кишки различной степени сложности (у 2 – интрасфинктерный, у 1 – чрессфинктерный свищ прямой кишки), а еще у 2 (1,6%) больных диагностированы папилломы промежности. У всех этих больных были выполнены сочетанные оперативные вмешательства.

Боле половины пациентов 79 (64,2%) с хроническим геморроем имели в анамнезе сопутствующие сердечно-сосудистые и гастроэнтерологические заболевания.

Больные поступали в стационар в плановом порядке. В отделении проводилось тщательное обследование, включающее сбор анамнеза, осмотр больного врачом колопроктологом и терапевтом, выполнение пальцевого исследования прямой кишки и ректороманоскопии. Выполнялись лабораторные исследования: общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, определялись показатели свертываемости крови. Перед операцией всем больным обязательно выполнялось инструментальное исследование желудочно-кишечного тракта, включающее эзофагогастродуоденоскопию и колоноскопию. При этом у 15 (12,2%) пациентов перед операцией были выявлены полипы, что послужило основанием для выполнения эндоскопической полипэктомии в качестве первого этапа лечения. Послеоперационный период у этих пациентов протекал без осложнений.

Предоперационная подготовка занимала 1–2 суток, которая заключалась в назначении безшлаковой диеты и приема фортранса на кануне операции. Некоторым больным применялись очистительные клизмы с приемом слабительных.

При выполнении операции больным проводились различные виды регионарной анестезии. Наиболее часто у 94,4% больных применялась спинальная анестезия 0,5% раствором маркаина. Операция выполнялась на операционном столе в положении больного для литотомии.

Для выполнения операции Лонго при лечении хронического геморроя мы использовали комплект Procedure for Prolapse and Haemorrhoids (PPH-01) фирмы Ethicon США. В последние годы для этой операции стали применять аппарат PPH-03. Мы имеем опыт использования Sterile Disposable Circular Stapler (KYGZ-33,5) китайского производства у трех больных. В настоящее время в клинике применяется техника циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки, которая была разработанная и усовершенствована в ГНЦ колопроктологии.

Результаты

При анализе результатов лечения установлено, что послеоперационные осложнения развились у 14 (11,3%) из 123 больных, перенесших циркулярную резекцию слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки (табл. 2).

В нашем исследовании у 3 (2,4%) больных с 3–4 стадиями геморроя в раннем послеоперационном периоде развилось кровотечение. У одного пациента кровотечение из прямой кишки отмечено через два часа после операции из линии скрепочного шва в проекции одной из терминальных ветвей верхней геморроидальной артерии на 11 часах. У второго пациента кровотечение развилось через 4 дня после появления первой самостоятельной дефекации. Источником кровотечения являлся

надрыв слизистой в проекции линии циркулярного механического шва на 1 часе. Оба пациента оперированы в срочном порядке, произведена остановка кровотечения путем прошивания зоны анастомоза восьмиобразными викриловыми швами. Третий больной в удовлетворительном состоянии был выписан из стационара на 7 день после операции. Однако на 11-й день повторно госпитализирован в колопроктологическое отделение с клинической картиной состоявшегося кишечного кровотечения. Во время ревизии под наркозом источника кровотечения не выявлено, линия швов циркулярного анастомоза была состоятельной. Операция была закончена установкой газоотводной трубки в прямую кишку. В последующем послеоперационный период у всех больных протекал гладко.

Наиболее частым осложнением являлся отек наружных геморроидальных узлов, который был диагностирован у 6 (4,8%) пациентов с 4 стадией геморроя. Больным проводилась симптоматическая терапия, направленная на повышение венозного тонуса и купирование воспаления. Для этих целей применялся препарат «Детралекс» по схеме и использовались мазевые аппликации «Гепатромбина Г». На фоне проводимого лечения отек наружных геморроидальных узлов значительно уменьшался.

Следующим осложнением у больных, перенесших циркулярную резекцию слизистой-подслизистой слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки, явилась задержка мочеиспускания, которая была выявлена у 5 (4,1%) пациентов. В 4 случаях данное осложнение состоялось после выполнения сочетанных операций по поводу сопутствующих заболеваний прямой кишки и анального канала. Лишь в одном наблюдении рефлексорная задержка мочеиспускания развилась после циркулярной резекции слизистой-подслизистой слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки. После однократной катетеризации мочевого пузыря, проведения электростимуляции и консервативного лечения у всех пациентов было восстановлено самостоятельное мочеиспускание.

Характерной особенностью циркулярной резекции слизистой-подслизистой слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки являлось отсутствие болевого синдрома в послеоперационном периоде. Больным не требовалось назначение наркотических анальгетиков. Как правило, пациентам применялись ненаркотические анальгетики однократно, в основном перед сном в течение первых 2–3 суток после операции. В дальнейшем больные сами отказывались от обезболивающих препаратов.

Более ранняя активизация и реабилитация больных, отсутствие болевого синдрома в послеоперационном периоде способствовало сокращению сроков пребывания пациентов в стационаре. В нашей работе средний послеоперационный койко-день составил $5,9 \pm 3,1$ дня.

Обсуждение

В последнее время одним из популярных методов хирургического лечения геморроя стала операция Лонго. Операция с успехом выполняется во многих странах Европы, в клиниках Италии и Германии, где насчитывается опыт выполнения более 10000 такого рода вмешательств с хорошими непосредственными результатами [5, 11, 14, 15, 18, 20, 22].

Сравнительные исследования показали преимущества операции Лонго по сравнению с традиционными методами геморроидэктомии [5, 12, 13, 15, 19, 20].

Rowsell с соавт. [21] в проспективном рандомизированном исследовании обнаружили отсутствие значимых осложнений, уменьшение выраженности болевого синдрома, сокращение сроков реабилитации больных после операции Лонго. Эффективность метода была также доказана в трех рандомизированных исследованиях с использованием манометрии и ультразвукового ректального исследования. Через шесть недель и через три месяца после операции в анальном канале не было выявлено никаких патологических изменений в сравнении с интраоперационными данными. Не выявлено различий в двух группах пациентов, оперированных традиционным способом и при помощи циркулярного аппарата PPH [12, 15, 16].

В некоторых работах авторами была доказана патогенетическая эффективность этой операции. Суть этого вмешательства заключается в укреплении связочного аппарата геморроидальных узлов и уменьшение притока к ним артериальной крови [5, 22].

Королик В.Ю. [5] в своей работе показал, что после циркулярной резекции слизистой-подслизистой слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки происходит снижение притока артериальной крови к внутреннему геморроидальному сплетению в 1,5–2 раза, при отсутствии достоверного отклонения от нормы соотношения артериального притока к венозному оттоку. Наш собственный опыт свидетельствует о подтягивании внутренних геморроидальных узлов в анальный канал выше аноректальной линии и уменьшение в размерах наружных геморроидальных узлов после операции Лонго.

По данным литературы одним из преимуществ операции Лонго является отсутствие болевого синдрома [5, 14, 17, 18]. Мы согласны с этим, потому что наши пациенты нуждались лишь в однократных инъекциях ненаркотических анальгетиков, как правило, перед сном. В большинстве случаев это было связано с психологическим фактором перенесенной операции и боязнью развития болевого синдрома в ночное время суток.

Основной проблемой хирургического лечения является развитие послеоперационных осложнений. По данным литературы их частота колеблется от 3% до 17% [5, 11, 14, 19, 21]. Зачастую это связано с развитием специфических осложнений, таких как перианальный отек, подслизистые гематомы, тромбоз наружных геморроидальных узлов. В нашей работе послеоперационные осложнения развились у 14 (11,3%) из 123 больных.

Наиболее серьезным осложнением послеоперационного периода явилось кровотечение, развившееся у 3 (2,4%) больных после выполнения циркулярной резекции слизистой-подслизистой слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки. У двух пациентов кровотечение было остановлено прошиванием восьмиобразными полисорбовыми швами. На наш взгляд, причиной кровотечения в одном случае явилось не герметичное смыкание аппаратных скрепок по линии циркулярного шва. Второй пациент страдал запорами, после появления первого стула плотной консистенции и сильного натуживания развилось кровотечение в результате надрыва слизистой в проекции линии скрепочного шва. У третьего больного мы лишь констатировали факт состоявшегося кровотечения из прямой кишки.

Рефлексорная задержка мочеиспускания в четырех наблюдениях была связана с развитием болевого синдрома после перенесенных сочетанных операций по поводу анальных трещин и свища прямой кишки. Лишь в одном

из пяти наблюдений задержка мочеиспускания развилась после циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки. В анамнезе у этого больного имелась доброкачественной гиперплазии предстательной железы с изначальными признаками нарушения мочеиспускания.

Наиболее частым и специфичным осложнением для циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки явился отек наружных геморроидальных узлов, наблюдавшийся у 6(4,8%) пациентов, что увеличило время реабилитации пациентов. Как и большинство авторов, мы считаем, что возникновение этого осложнения связано, прежде всего, с травматизацией и нарушением кровообращения наружных геморроидальных узлов во время операции [5, 6].

По данным многих авторов после операции Лонго происходит сокращение сроков пребывания больных в стационаре, более ранняя их реабилитация и восстановление трудовой деятельности [5, 14, 18, 19, 20, 21]. В нашем исследовании больные, перенесшие циркулярную резекцию слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки, значительно раньше по сравнению с традиционными вмешательствами выписывались из стационара, в среднем на 5–6 день.

Заключение

Циркулярная резекция слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки является органосохраняющим методом лечения больных хроническим геморроем, сопровождается минимальным риском развития послеоперационных осложнений, легче переносится больными с отсутствием выраженности болевого синдрома, способствует более ранней активизации и реабилитации пациентов.

Литература

1. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое обоснование выбора способа лечения геморроя. Дисс. д.м.н. – М., – 1999, 322 с.
2. Воробьев Г.И. Основы копроктологии. Учебное пособие. Ростов-на-Дону. 2001, с. 78–98
3. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М., 2002, 192
4. Воробьев Г.И., Кузьминов А.М., Чубаров Ю.Ю., Королик В.Ю. Циркулярная резекция слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки при лечении геморроя. Колопроктология, М., 2003, №3(5), с. 21–24
5. Королик В.Ю. Циркулярная резекция слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки при лечении хронического геморроя. Дисс. к.м.н., – М., – 2005, 165 с.
6. Кузьминов А.М., Чубаров Ю.Ю., Королик В.Ю. Первый опыт применения операции Лонго в ГНЦ коло-

проктологии МЗ РФ. Актуальные вопросы колопроктологии; 5- Всероссийская конференция с международным участием. Ростов-на-Дону, 2001, с. 39.

7. Мельман Е.П., Дацун И.Г. Функциональная морфология прямой кишки и структурные основы патогенеза геморроя. М., Медицина. 1986, 176 с.

8. Ривкин В.Л. Капуллер Л.Л. Геморрой, – М.: Медицина, 1976. 159 с.

9. Ривкин В.Л. Капуллер Л.Л. Геморрой. Запоры– М.: Медпрактика, 2000, 158 с.

10. Соболева С.Н. Сравнительная характеристика хирургических методов лечения хронического геморроя. Дисс. к.м.н. – СПб., 2004.

11. Basso L, Cavallaro G, Polistena A. Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operations. Br J Surg. 2006 ;93(4): 507

12. Carapeti EA. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. Br J Surg 2001, 88: 669–674, Br J Surg.

13. Chik B, Law WL, Choi HK. Urinary retention after haemorrhoidectomy: Impact of stapled haemorrhoidectomy. Asian J Surg. 2006; 29(4):233-7.

14. Dixon M.R., Stamos M.J., et al. Stapled haemorrhoidectomy: a review of our early experience. Am Surg. 2003; 69(10): 862-5

15. Ganio E., Altomare D.F., Gabrielli F., et al. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. Br J Surg 2001; 88: 669-74

16. Ho Y-H., Cheong W-K., Tsang C. et al. Stapled haemorrhoidectomy. – cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments at up to three mouths. Dis Colon Rectum 2000; 43: 1666-75

17. Lau P.Y., Meng W.C., Yip A.W. Stapled haemorrhoidectomy in Chinese patients: a prospective randomised control study. Hong Kong Med J. 2004;10(6):373-7.

18. Lomanto D., Katara A.N. Stapled haemorrhoidectomy for prolapsed haemorrhoids: short- and long-term experience. Asian J Surg. 2007;30(1):29-33.

19. Mehigan B.J., Monson J.R., Hartley J.E. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. Lancet 2000; 355: 782-5.

20. Palimento D., Picchio M., et al. Stapled and open haemorrhoidectomy: randomized controlled trial of early results. World J Surg 2003; 27(2): 203-7

21. Rowsell M., Bello M., Hemingway D.M. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. Lancet 2000; 355: 779-781.

22. Slawik S., Kenefick N., Greenslade G.L., Dixon A.R. A prospective evaluation of stapled haemorrhoidectomy/rectal mucosectomy in the management of 3rd and 4th degree haemorrhoids. Colorectal Dis. 2007; 9(4): 352-6.