

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

В настоящее время общепризнано, что большинству пациентов с геморроем возможно проведение лечения с использованием тех или иных способов малотравматичного вмешательства. В геморроидэктомии нуждаются не более 17–21% пациентов с геморроем. В остальных случаях используют малоинвазивные способы лечения [12, 24, 27, 30].

Малоинвазивные способы лечения обладают рядом несомненных преимуществ: простота техники выполнения манипуляции, возможность амбулаторного применения, относительная безопасность, хорошая переносимость без ограничения трудоспособности. Преимущество этих методик — отсутствие необходимости в какой-либо анестезии, поскольку манипуляции проводят в зоне, где нет болевых рецепторов. В анестезии нуждается слизистая оболочка анального канала для малотравматичного введения аноскопа.

Эффективность лечения зависит от стадии заболевания и конкретной ситуации, при которой используют методику. Ни один из методов малоинвазивного лечения геморроя не свободен от определенного количества осложнений, при развитии которых значительно снижается качество жизни больного. В связи с этим алгоритм тактики лечения должен учитывать наличие или отсутствие сопутствующих заболеваний ЖКТ и сердечно-сосудистой системы.

Малоинвазивные хирургические манипуляции достаточно просты в применении, однако следует отметить, что возможно развитие серьезных осложнений (кровотечение, парапроктит), которые требуют экстренного лечения. Именно поэтому при проведении амбулаторного лечения необходимо иметь соответствующее техническое оснащение, которое будут использовать для ликвидации этих осложнений.

Среди малоинвазивных хирургических манипуляций наиболее часто используют лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами (в 38–82%) [3, 10, 12, 17]. Второе место по частоте применения (в 11–47%) занимает склеротерапия [9]. В 3–5% наблюдений применяют ИФК и электрокоагуляцию геморроидальных узлов [8, 12].

9.1. ЛИГИРОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЛАТЕКСНЫМИ ЛИГАТУРАМИ

В 1954 г. P.C. Blaisdell [22] изобрел инструмент для лигирования внутренних геморроидальных узлов. J. Varon (1963) [18, 19] модифицировал инструмент. С этого времени лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными лигатурами широко используют в качестве альтернативного метода лечения геморроя. Принцип метода заключается в передавливании резиновым кольцом внутреннего геморроидального узла. Ткани под резиновым кольцом некротизируются и отторгаются вместе с кольцом на 7–10-й день. После отторжения латексной лигатуры остается раневой дефект слизистой оболочки, который эпителизируется в течение следующих 7–14 дней. Развивающееся рубцевание слизистой-подслизистой слоя стенки прямой кишки предотвращает выпадение геморроидального узла.

Показание к лигированию внутренних геморроидальных узлов латексными лигатурами:

- внутренний геморрой II стадии и отдельные случаи III стадии с незначительно выраженным наружным геморроидальным комплексом.

Противопоказания к лигированию внутренних геморроидальных узлов:

- циркулярное увеличение внутренних геморроидальных узлов;
- выраженное увеличение наружных геморроидальных узлов;
- небольшие размеры внутреннего геморроидального узла (латексное кольцо не удерживается на слизистой оболочке и вместе с ней преждевременно отторгается, что сопровождается кровотечением);
- большие внутренние геморроидальные узлы (диаметр барабана лигатора составляет 1,0 см, вследствие этого кольцо не может быть адекватно наложено);
- острая и хроническая анальная трещина;
- острый и хронический парапроктит;
- воспалительные заболевания толстой кишки;
- острый геморрой;
- криптит, пектенос;
- рубцовое сужение анального канала;
- острая урогенитальная патология;
- субкомпенсированная и декомпенсированная сопутствующая патология (сахарный диабет, нарушения сердечного ритма, сердечная, дыхательная и почечная недостаточность, желтуха, портальная гипертензия);

- заболевания крови и нарушения свертывающей системы крови (лейкоз, гемофилия, тромбоцитопения);
- иммунодефицитные состояния;
- спинальные больные;
- беременность;
- нарушение психики;
- острые инфекционные заболевания.

9.1.1. ПОДГОТОВКА К ПРОВЕДЕНИЮ ЛИГИРОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЛАТЕКСНЫМИ ЛИГАТУРАМИ

Пациентам, которым планируют инструментальные методы лечения, проводят такое же лабораторное обследование, как и для любой хирургической манипуляции (общий анализ крови, анализ крови на группу и резус-фактор, гемостазиограмма, сахар крови, анализ крови на RW, ВИЧ, гепатиты В и С).

Подготовка к манипуляции включает механическую очистку прямой кишки. Очистительную клизму на 1,5 л воды комнатной температуры ставят накануне дня манипуляции (вечером перед сном) и за 2–3 ч до проведения операции. Обычную очистительную клизму можно заменить клизмой препаратом Микролакс[®] (2 тюбика накануне и в день манипуляции). В этом случае целесообразно препарат развести в 200 г воды.

9.1.2. МЕТОДИКА ЛИГИРОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЛАТЕКСНЫМИ ЛИГАТУРАМИ

Инструменты, необходимые для лигирования внутренних геморроидальных узлов

Для проведения латексного лигирования целесообразно использование проктоскопов с косым срезом или П-образным вырезом, длиной тубуса 65 мм и внешним диаметром 20–25 мм, оснащенных фиброволоконной подсветкой, либо аналогичные инструменты. Проктоскопы такой конструкции обеспечивают адекватный обзор анального канала и нижеампулярного отдела прямой кишки, что позволяет правильно провести манипуляцию (рис. 9.1).

Лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными лигатурами может быть проведено двумя методами: с использованием механического или вакуумного лигатора McGown (рис. 9.2). Для выполнения лигирования с использованием механического лигатора необходим зажим Эллиса либо специальный зажим для захватывания

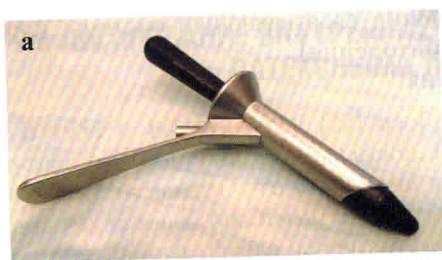


Рис. 9.1. Хирургические проктоскопы: а — хирургический проктоскоп с косым срезом фирмы Karl Storz, Германия; б — хирургический проктоскоп с косым срезом фирмы SapiMed, Италия; в — хирургический проктоскоп с косым срезом фирмы Suyun, Китай

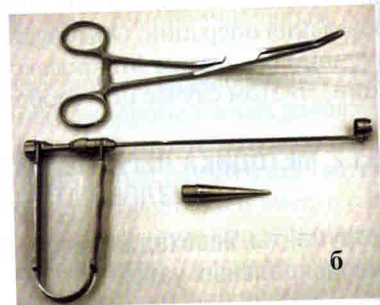


Рис. 9.2. Механический лигатор фирмы Karl Storz, Германия (а); вакуумный лигатор McGown фирмы Karl Storz, Германия (б)

ткани внутреннего геморроидального узла. Для выполнения вакуумного лигирования требуется электроотсос.

Техника лигирования внутренних геморроидальных узлов латексными лигатурами

Методика лигирования внутренних геморроидальных узлов латексными лигатурами — относительно простая хирургическая манипуляция, требующая знания анатомии анального канала и прямой кишки. При наложении латексной лигатуры следует помнить, что аноректаль-

ная линия — разделительная, выше нее располагается цилиндрический эпителий, не имеющий болевых рецепторов. Также следует помнить, что в некоторых зонах анального канала болевые рецепторы могут располагаться до уровня 2,5–15 мм над анальными заслонками [29].

При введении проктоскопа в просвет прямой кишки аноскоп растягивает анальный канал и нижеампулярный отдел прямой кишки, смещая зубчатую линию в проксимальном направлении. Смещаются устья анальных желез. Наложённая латексная лигатура сдавливает ткани как по продольной, так и по горизонтальной оси ампулы. В связи с этим латексное кольцо должно быть наложено в 1,0–1,5 см от зубчатой линии (рис. 9.3).

Если лигатура наложена близко к зубчатой линии (ближе 1,0 см), как правило, возникает длительный болевой синдром с наличием спазма сфинктера, что можно объяснить развитием криптита (рис. 9.4).

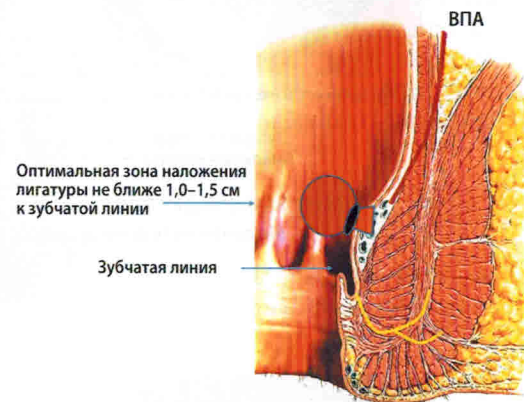


Рис. 9.3. Оптимальная зона наложения латексной лигатуры

Техника лигирования внутренних геморроидальных узлов с использованием механического лигатора

Оптимальное положение пациента для лигирования — на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, расположенными на подставках (положение для литотомии).

Перианальную кожу обрабатывают антисептиками [Октенидерм, повидон-йод (Бетадин[®]) и др.], анальный канал — лидокаиновой мазью или гелем.

В прямую кишку вводят аноскоп, извлекают мандрен и подключают волоконный осветитель. При постепенном извлечении аноскопа из кишки в его просвет начинает пролабирывать ткань внутренних геморроидальных узлов. При нечеткой визуализации геморроидального узла в просвете аноскопа пациенту предлагают натужиться (проба Вальсальвы). После выполнения пробы Вальсальвы, как правило, границы внутренних геморроидальных узлов становятся четкими.

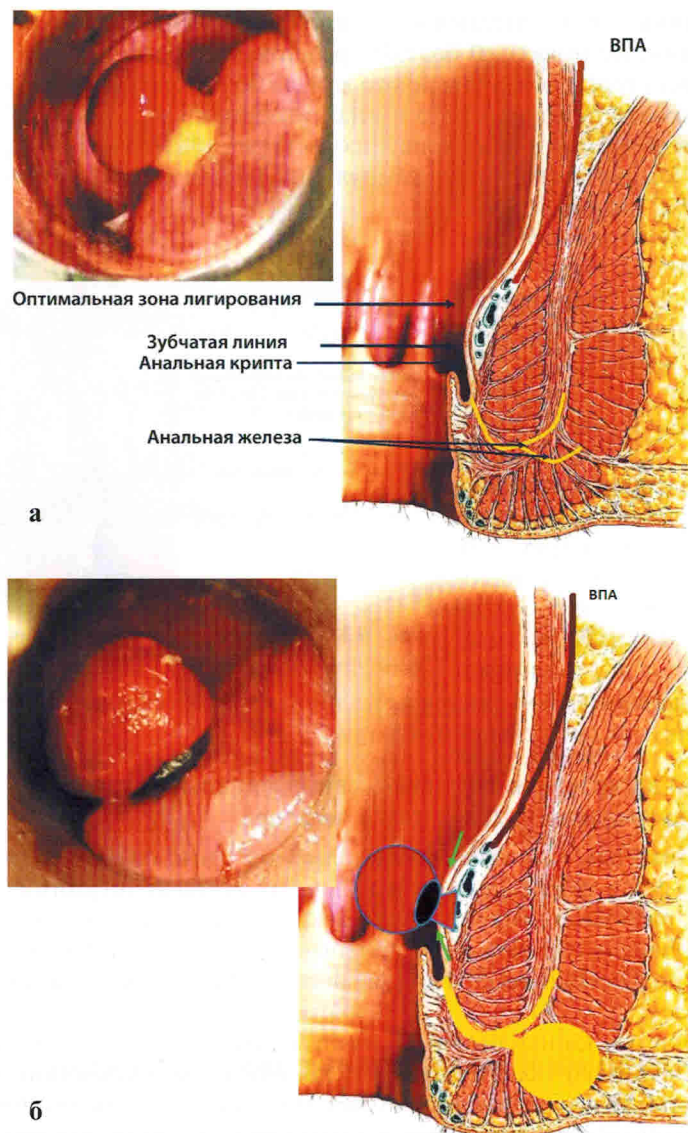


Рис. 9.4. Зоны наложения латексной лигатуры: а — лигатура наложена правильно; б — лигатура наложена близко к зубчатой линии (зеленой стрелкой показаны зоны смещения слизистой оболочки)

Слизистую оболочку прямой кишки дважды обрабатывают тампоном с раствором антисептика (Октенисепт[®], хлоргексидин и др.).

Далее ассистент удерживает аноскоп в выбранной позиции. На втулку механического лигатора одевают две латексные лигатуры. Через втулку механического лигатора проводят зажим Эллиса, которым захватывают верхушку узла. Подтягивание предполагаемой зоны наложения кольца не должно вызывать болевых ощущений у пациента. Далее ткань геморроидального узла подтягивают через втулку лигатора, после чего латексные лигатуры сбрасывают на внутренний геморроидальный узел. Тракция за узел зажимом Эллиса должна быть таковой, чтобы не разорвать слизистую оболочку. Манипуляцию завершают введением в просвет кишки мази Левосин[®] или Левомеколь[®].

Техника лигирования внутренних геморроидальных узлов с использованием вакуумного лигатора

Техника латексного лигирования с использованием вакуумного лигатора не требует присутствия ассистента. Периаанальную кожу обрабатывают антисептиками [Октенидерм, повидон-йод (Бетадин[®]) и др.], анальный канал — лидокаиновой мазью или гелем.

В прямую кишку вводят аноскоп, извлекают мандрен и подключают волоконный осветитель. После обработки просвета прямой кишки раствором антисептиков и выведения ткани внутреннего геморроидального узла в просвет аноскопа к верхушке узла подводят вакуумный лигатор, соединенный с электроотсосом.

Ножной педалью включают отсос и большим пальцем правой руки закрывают отверстие в лигаторе для создания отрицательного давления во втулке прибора. За счет отрицательного давления геморроидальный узел втягивается внутрь втулки. После достижения отрицательного давления до 0,8–0,9 атм при помощи спускового курка сбрасывают два латексных кольца на геморроидальный узел и отпускают большой палец с отверстия на лигаторе, выравнивая внешнее давление и давление во втулке лигатора. Затем удаляют лигатор из просвета кишки. Манипуляцию завершают введением в просвет кишки мази Левосин[®] или Левомеколь[®].

Если внутренний геморроидальный узел больших размеров или ножка узла плохо дифференцируется, целесообразно ткань внутреннего узла вакуумировать. Это позволяет разрушить соединительнотканые перегородки узла, превратив его в единую полость, сформировать ножку узла и полноценно наложить латексные кольца.

При возникновении болевого синдрома во время втягивания геморроидального узла манипуляция должна быть прекращена. Далее сле-

дует выбрать другой участок геморроидального узла для наложения латексного кольца.

Появление болевого синдрома сразу после проведения лигирования требует ревизии анального канала. Если лигатура наложена близко к зубчатой линии, ее следует незамедлительно снять.

Независимо от техники проведения латексного лигирования, когда латексные кольца пережимают ножку геморроидального узла выше зубчатой линии на 1,0–1,5 мм, болевой синдром должен отсутствовать.

9.1.3. СРОКИ И КОЛИЧЕСТВО МАНИПУЛЯЦИЙ ЛИГИРОВАНИЯ

Автор методики — James Barron, в 1963 г. сообщая о первом опыте применения методики лигирования внутренних геморроидальных узлов, рекомендовал проводить манипуляции с интервалом 10 дней. Поскольку методику рассматривают как симптоматическое лечение геморроя, количество сеансов лигирования автор определил тяжестью выраженности симптомов заболевания, проводя 3–5 манипуляций [19].

Некоторые специалисты предлагают проводить множественное лигирование внутренних геморроидальных узлов, утверждая, что это не усиливает болевой синдром и безопасно [38, 39]. В то же время существует другое мнение о том, что болевой синдром более выражен при множественном лигировании [35, 45].

Лигирование внутренних геморроидальных узлов — далеко не безопасная манипуляция, поэтому, по нашему мнению, следует учитывать определенные временные параметры, давая рекомендации о сроках и количестве наложений латексных лигатур. Как правило, латексная лигатура отторгается на 7–8-й день, а в некоторых случаях — и на 14-й день. На слизистой оболочке остается раневой дефект размером до 6 мм (наружный диаметр кольца — 5 мм, внутренний — 1 мм), который заживает в течение 5–10 дней. В связи с этим этапность между манипуляциями должна составлять не менее 15–20 дней.

Решение о повторной манипуляции лигирования следует принимать только на основании аноскопии. При сохранении раневого дефекта слизистой оболочки процедура лигирования должна быть перенесена на более поздний срок. Целесообразно лигировать за одну манипуляцию не более двух внутренних геморроидальных узлов на противоположных секторах стенки кишки [10].

Предложение D.N. Armstrong (2003) [17] лигировать одновременно все три узла, по нашему мнению, неприемлемо. Это потенциально увеличивает количество осложнений и выраженность болевого синдрома.

9.1.4. ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННЫЙ ПЕРИОД

В период от нескольких минут до 3–4 ч после манипуляции возможно ощущение тенезмов и чувства инородного тела в прямой кишке, поскольку наложенное латексное кольцо постепенно сдавливает пережатую ткань внутреннего геморроидального узла, создавая зону ишемии тканей, а в последующем — зону некроза тканей вокруг лигатуры. Через 24 ч кольцо полностью сдавливает ткань. Отражение процессов изменения тканей после лигирования представлено на рис. 9.5. Это

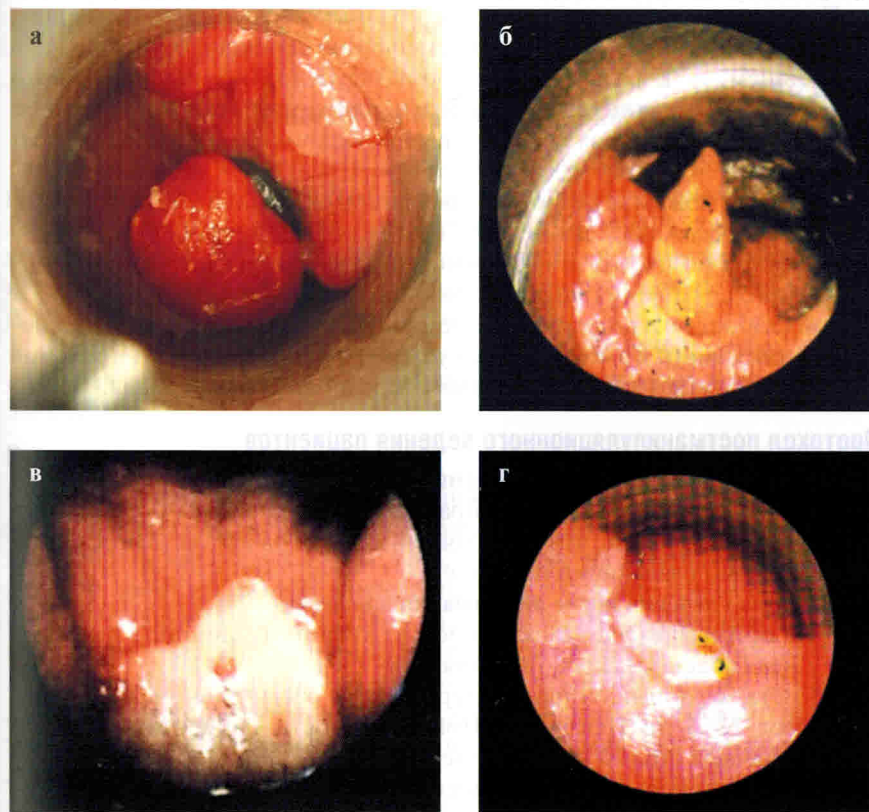


Рис. 9.5. Эндоскопическая картина после наложения латексной лигатуры: а — сразу после проведения лигирования; б — через 24–48 ч после проведения манипуляции; в — вид слизистой оболочки после отторжения латексной лигатуры на 7–10-й день; г — вид слизистой оболочки на 14-й день после отторжения латексной лигатуры