

А.А. Захарченко

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «РЖД» (Красноярск)

До настоящего времени в лечении самого распространенного колопроктологического заболевания — геморроя еще остается ряд актуальных вопросов:

1. Почему возможен возврат заболевания (в 4–5 % случаев) даже после патогенетически обоснованной радикальной операции в руках высококвалифицированного врача-колопроктолога — геморроидэктомии?

2. Какой метод лечения будет наиболее эффективен при рецидиве заболевания после геморроидэктомии, когда повторное традиционное трансанальное вмешательство любой степени инвазии увеличивает в разы риск стриктуры анального канала и недостаточности сфинктера прямой кишки?

3. Как наиболее эффективно помочь пациенту с геморроем при наличии у него выраженной сердечно-сосудистой или соматической патологии (сердечно-легочная недостаточность, цирроз печени и пр.)?

4. С чего наиболее эффективно начать лечение на ранних стадиях геморроидальной болезни, когда гипертрофия кавернозной ткани минимальна, отсутствует дистрофический компонент патогенеза при доминировании гемодинамического фактора, и клинически имеют место рецидивирующие массивные геморроидальные кровотечения, приводящие больного к анемизации?

Возможно, что в анатомических и микроциркуляторных особенностях артериального кровоснабжения прямой кишки и геморроидальных узлов скрываются ответы на поставленные вопросы.

Цель исследования — изучить рентгеноанатомические особенности артериального кровоснабжения прямой кишки (ПК) и их клиническое значение при геморроидальной болезни.

Проведены прижизненные (в реальном времени) рентгеноэндоваскулярные исследования (РЭВ) артериального кровоснабжения ПК, ангиоархитектоники терминальных ветвей верхней ректальной артерии (ВРА) при самом распространенном колопроктологическом заболевании — геморрое ($n = 98$).

Длина ВРА (по данным 46 мезентерикограмм) у больных, не предъявлявших жалоб на заболевание ПК (1 группа — контрольная), колебалась от 1,4 до 4,8 см ($2,73 \pm 1,93$), при этом диаметр ее равнялся 0,19–0,29 см ($0,23 \pm 0,08$). Во 2 группе ($n = 52$ — геморроидальная болезнь) длина ВРА практически не отличалась от контрольных показателей, варьировала от 1,38 до 4,6 см ($2,78 \pm 1,85$), $P > 0,05$. Диаметр ВРА при этом составлял 0,23–

0,32 см ($0,27 \pm 0,12$), $P < 0,01$. Имело место достоверное увеличение диаметра, а значит и усиление артериального притока к геморроидальным узлам.

ВРА у пациентов контрольной группы ($n = 46$) делилась на две дистальные ветви — бифуркация в 38 (82,6 %) случаях. При этом задняя (третья) ветвь, отходящая от правой ветви на расстоянии 0,14–0,29 см ($0,16 \pm 0,72$) была выявлена у 8 (17,4 %) пациентов. Причем диаметр третьей ветви при таком варианте деления был достоверно уже каждого из двух основных ветвей. Он составил 0,07–0,11 см ($0,09 \pm 0,02$) против 0,1–0,12 см ($0,11 \pm 0,01$), $P < 0,05$.

У пациентов, страдающих геморроем (2 группа, $n = 52$), отмечалось обратное соотношение — ВРА делилась на три дистальные ветви — трифуркация в 36 (69,2 %) случаях. Диаметр каждой ветви в этом случае составил 0,13–0,15 см ($0,14 \pm 0,01$). Причем каждая из ветвей была достоверно шире, чем в контрольной группе, где ее показатели варьировали в пределах 0,8–0,12 см ($0,1 \pm 0,02$), $P < 0,05$. Бифуркационное деление ВРА (с отхождением третьей ветви от правой) отмечено в 30,8 % случаев (16). Третья ветвь была также уже, как и в контрольной группе, варьировала в пределах 0,09–0,12 см ($0,1 \pm 0,02$). Разница диаметров третьей ветви недостоверна между группами сравнения ($P > 0,05$). В 7 из 52 (13,5 %) случаев дистальные ветви ВРА прослеживались в количестве трех до нижеампулярного отдела ПК — зоне локализации внутренних геморроидальных узлов. Клинически такой вариант деления ВРА соответствовал локализации узлов на 3, 7 и 11 часах по циферблату. Терминальные ветви (от 4 до 7) на уровне нижеампулярного отдела ПК обнаружены в 45 случаях (86,5 %). При этом 4 ветви выявлены у 8 (17,7 %) пациентов, 5 ветвей — у 19 (42,2 %), 6 — у 12 (26,6 %), 7 — у 6 (13,5 %). Клинически внутреннее геморроидальные узлы при этом варианте наиболее часто локализовались также на стандартных часах по циферблату (3, 7 и 11). Однако у 20 (44,4 %) пациентов с III клинической стадией геморроя определялась в той или иной степени гипертрофированная кавернозная ткань дополнительно на 1, 5 и 9 часах.

Несмотря на постоянные и хорошо выраженные коллатерали, связь ВРА со средними прямокишечными артериями при ангиографии в исследуемой группе ($n = 52$) была выявлена у 14 (26,9 %) пациентов. В 12 (23,1 %) наблюдениях отмечалось двухстороннее ретроградное контрастирование средних прямокишечных артерий.

Таким образом, кровоснабжение внутренних геморроидальных узлов осуществляется в основном ветвями ВРА (73,1 %). В возникновении сосудистой дисфункции при геморроидальной болезни существенную роль играют анатомические особенности артериального кровоснабжения ПК и геморроидальных узлов. Усиленный артериальный приток к кавернозным венам при геморрое обусловлен (и в том числе) расширением диаметров как самой ВРА, так и ее дистальных ветвей, преобладанием трифуркационного типа ее ветвления (69,2 %). Недочет данных о количестве терминальных ветвей (от 4 до 7, в нижнеампулярном отделе ПК — 86,5 %) может ухуд-

шить отдаленные результаты как типичной геморроидэктомии, так и известных малоинвазивных методов лечения. Альтернативным методом лечения геморроя на ранних стадиях с преобладанием рецидивирующих или массивных кровотечений, при рецидивах заболевания после геморроидэктомии, при наличии противопоказаний для оперативного лечения может быть рентгеноэндоваскулярная эмболизация (РЭВЭ) дистальных ветвей ВРА. Недочет данных о хорошо выраженном коллатеральном кровоснабжении геморроидальных узлов через средние ректальные артерии (26,6 %) может ухудшить отдаленные результаты метода РЭВЭ ВРА.