

ХИРУРГИЯ

УДК 617-089.844, 616.352.5

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ II-III СТЕПЕНИ

В.И. Мидленко, Д.Т. Нгуен, Е.Г. Евтушенко, А.А. Карташев*Ульяновский государственный университет*

Путем анализа данных литературы и собственного многолетнего опыта лечения геморроя авторами был разработан алгоритм выбора способа оперативного лечения хронического геморроя II-III степени в зависимости от стадии патологического процесса и анатомических особенностей пациентов. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 154 больных хроническим геморроем II-III степени с использованием традиционного подхода к выбору оперативного лечения (46 больных) и разработанного алгоритма (108 больных).

В контрольной группе всем пациентам производилась традиционная геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во 2-й модификации НИИ колопроктологии, а в исследуемой группе выбор способа оперативного лечения осуществлялся в соответствии с разработанным алгоритмом (в зависимости от стадии процесса и анатомических особенностей производилась геморроидэктомия, аппаратная геморроидэктомия по Лонго или дезартеризация в сочетании со склерозированием геморроидальных узлов) и применялось физиотерапевтическое лечение.

Разработанный алгоритм выбора способа оперативного лечения позволил снизить риск возникновения послеоперационных осложнений с 30,4 до 12,0 % и сократить сроки лечения больных с 29,1 до 22,3 сут.

Ключевые слова: геморрой, алгоритм выбора, дезартеризация, операция Лонго.

Введение. Хронический геморрой II-III степени является широко распространенным заболеванием. Среди всех хронических заболеваний заднего прохода, анального канала и промежности он занимает первое место [1, 3, 5, 6].

Хронический геморрой II-III степени, несмотря на доброкачественный и медленно прогрессирующий характер, приносит значительные неудобства больным и снижает качество их жизни [1-3].

Изучению геморроя посвящено множество исследований. Разработаны десятки способов его оперативного лечения, однако все они, несмотря на свою «радикальность», не лишены тех или иных недостатков. Это свидетельствует о многогранности данной проблемы и отсутствии единого мнения по поводу ее решения.

В последние годы в практику хирургов введены новые методы лечения геморроя: проксимальное лигирование геморроидальных артерий и аппаратная геморроидэктомия по Лонго, – место которых в хирургии геморроя еще до конца не определено.

Данное исследование посвящено разработке алгоритма выбора способа хирургического лечения геморроя в зависимости от стадии патологического процесса и анатомических особенностей анального канала и промежности пациентов.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения хронического геморроя II-III степени у больных трудоспособного возраста путем разработки и внедрения алгоритма выбора способа оперативного лечения геморроя в зависимости от стадии заболевания и анатомических особен-

ностей анального канала и промежности у конкретных больных.

Материалы и методы. Путем анализа литературных источников и собственного многолетнего опыта хирургического лечения геморроя авторами был разработан алгоритм

выбора способа оперативного лечения хронического геморроя II–III степени в зависимости от стадии заболевания и анатомических особенностей анального канала и промежности у конкретных больных (табл. 1).

Таблица 1

Алгоритм выбора способа оперативного лечения

Форма заболевания	Способ операции
Хронический геморрой II–III степени с выраженными наружными узлами	Геморроидэктомия по Миллигану–Моргану во второй модификации НИИ колопроктологии
Хронический геморрой II–III степени с выпадением слизистой оболочки	Аппаратная геморроидэктомия по Лонго
Хронический геморрой II–III степени без выпадения слизистой оболочки	Проксимальное лигирование геморроидальных артерий (дезартеризация геморроидальных узлов)

Как видно из данной таблицы, основным критерием определения способа операции была выраженность анатомических изменений у больных. Так, при наличии лишь внутренних геморроидальных узлов, которые не выпадают из анального канала, и без выраженного опущения слизистой оболочки операцией выбора являлась дезартеризация в сочетании со склерозированием геморроидальных узлов. При выраженном выпадении слизистой оболочки прямой кишки в анальный канал – операция Лонго, которая обеспечивает резекцию и последующую фиксацию избытка слизистой оболочки и восстанавливает нормальные анатомические взаимоотношения в анальном канале. В случае же наличия крупных наружных узлов показано проведение традиционной геморроидэктомии по Миллигану–Моргану в модификации НИИ колопроктологии, которая, в отличие от других способов, позволяет устранить как внутренние, так и наружные геморроидальные узлы, а также способствует фиксации слизистой оболочки в анальном канале.

Кроме того, всем пациентам во второй группе проводилась послеоперационная физиотерапия: в течение первых 5 сут – магнитотерапия, затем – лазерное облучение.

В исследование включено 154 больных с диагнозом хронический геморрой, оперированных в период 2008–2011 гг. в хирургиче-

ских отделениях ГУЗ «Ульяновская областная больница № 2» и ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи». Из них мужчин – 80 (52 %), женщин – 74 (48 %). Возраст пациентов – от 18 до 80 лет, средний возраст – $47,5 \pm 13,8$ года.

Все пациенты в зависимости от подходов к лечению были разделены на 2 группы. В первую группу (ретроспективная часть исследования) вошли 46 больных, оперированных в период 2008–2010 гг., которым выполнялась геморроидэктомия по Миллигану–Моргану во второй модификации НИИ колопроктологии [5] без использования разработанного алгоритма. Во вторую (исследуемую) группу включено 108 больных, оперированных в 2010–2011 гг. с использованием разработанного алгоритма выбора способа оперативного вмешательства в зависимости от стадии заболевания и анатомических особенностей пациента (проспективная часть исследования).

В зависимости от способа оперативного лечения все больные в исследуемой группе были разделены на 3 подгруппы. 45 больным первой подгруппы была произведена геморроидэктомия по Миллигану–Моргану во второй модификации НИИ колопроктологии, 26 больным второй подгруппы – аппаратная геморроидэктомия по Лонго [4], 37 больным

третьей подгруппы – проксимальное лигирование геморроидальных артерий [6, 8].

Все группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям и способам обезболивания.

Ближайшие результаты оценивались во время нахождения больных в стационаре, отдаленные – в сроки не менее 6 мес. после операции.

Статистическая обработка результатов исследования производилась с помощью пакета программ Statistica 6. Применялся t-тест для связанных и несвязанных случаев. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Для сравнения групп по качественному бинарному признаку использовали критерий Фишера. Статистическая обработка результатов

исследования осуществлялась в программе Microsoft Excel 2007.

Результаты и обсуждение. Эффективность предложенного алгоритма выбора способа хирургического лечения геморроя II–III степени оценивалась по следующим критериям: наличие ранних послеоперационных осложнений, сроки госпитализации, сроки временной нетрудоспособности, наличие поздних послеоперационных осложнений, частота рецидивов.

Ранние послеоперационные осложнения в обеих группах были представлены рефлексаторной задержкой мочи, кровотечением, некрозом слизистой оболочки, нагноением ран (табл. 2).

Таблица 2

Структура ранних послеоперационных осложнений

Исследуемые группы	Всего осложнений, случаев (%)	Задержка мочи, случаев (%)	Кровотечение, случаев (%)	Некроз слизистой, случаев (%)	Нагноение ран, случаев (%)
Первая группа, n=46	14 (30,4)*	8 (17,4)	4 (8,6)	1 (2,2)	1 (2,2)
Вторая группа, n=108	13 (12,0)*	9 (8,3)	3 (2,8)	1 (0,9)	0 (0,0)
Первая подгруппа (геморроидэктомия), n=45	9 (20,0) ‡	7 (15,6) ‡	1 (2,2)	1 (2,2)	0 (0,0)
Вторая подгруппа (операция Лонго), n=26	3 (11,5)	2 (7,9)	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
Третья подгруппа (дезартеризация в сочетании со склерозированием геморроидальных узлов), n=37	1 (2,7)‡	0 (0,0)‡	1 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)

Примечание. Значимые различия между: * – первой и второй группами, ‡ – первой и третьей подгруппами.

Анализ полученных данных позволяет сделать вывод о том, что статистически достоверно ($p < 0,05$) ранние послеоперационные осложнения встречались чаще у пациентов первой группы (14 больных, 30,4 %) по сравнению со второй группой (13 больных, 12,0 %).

Следует отметить, что наиболее частым осложнением в обеих группах была рефлексаторная задержка мочи, которая наблюдалась у 8 (17,4 %) больных в первой группе и

9 (8,3 %) больных второй группы. Несколько реже отмечалось возникновение кровотечения: у 4 (8,6 %) больных первой группы и 3 (2,8 %) больных второй группы. Некроз слизистой оболочки наблюдался у 1 (2,2 %) больного первой группы и 1 (0,9 %) больного второй группы. Нагноение раны – только у 1 (2,2 %) больного первой группы.

Среди подгрупп второй группы наилучшие результаты наблюдались в подгруппе

больных, перенесших дезартеризацию в сочетании со склерозированием геморроидальных артерий, несколько худшие – в подгруппе больных, перенесших операцию Лонго. При этом между названными подгруппами разница статистически незначима ($p > 0,05$). В подгруппе больных, перенесших геморроидэктомию,

результаты хуже, однако они значительно лучше, чем в первой группе, что объясняется адекватностью подбора данного способа оперативного лечения состоянию больных.

Средние сроки госпитализации, полного заживления ран и временной нетрудоспособности представлены в табл. 3.

Таблица 3

Результаты лечения

Исследуемые группы	Средние сроки госпитализации, сут	Средние сроки временной нетрудоспособности, сут
Первая группа (геморроидэктомию), $n=45$	$12,6 \pm 5,4^{*†\sim}$	$29,1 \pm 13,1^{*†\sim}$
Вторая группа (всего), $n=108$	$9,8 \pm 3,2^{*}$	$22,3 \pm 5,9^{*}$
Первая подгруппа (геморроидэктомию), $n=45$	$9,9 \pm 6,4^{†\sim}$	$24,2 \pm 7,2^{†\ddagger\bullet\sim}$
Вторая подгруппа (операция Лонго), $n=26$	$10,1 \pm 4,5^{\circ}$	$19,0 \pm 4,8^{\ddagger\circ}$
Третья подгруппа (проксимальное лигирование геморроидальных артерий), $n=37$	$8,1 \pm 2,3^{\circ}$	$14,8 \pm 2,1^{\bullet}$

Примечание. Значимые различия между: * – первой и второй группами; † – первой группой и первой подгруппой второй группы; ‡ – первой и второй подгруппами второй группы; ° – второй и третьей подгруппами второй группы; • – первой и третьей подгруппами второй группы; ~ – первой группой и первой подгруппой второй группы.

Полученные результаты говорят о том, что сроки госпитализации и временной нетрудоспособности минимальны во второй группе и составляют $9,8 \pm 3,2$ и $22,3 \pm 5,9$ сут соответственно против $12,6 \pm 5,4$ и $29,1 \pm 13,1$ сут в первой группе (различие всех значений статистически достоверно, $p < 0,05$).

При рассмотрении отдаленных результатов лечения, в срок более 6 мес. с момента операции, следует отметить, что отдаленные осложнения возникли у 1 (2,2 %) пациента первой группы и 2 (1,8 %) пациентов второй группы.

В первой группе и первой подгруппе второй группы наблюдалось по одному больному со стриктурой анального канала, которая в обоих случаях была пролечена консервативно. В третьей подгруппе второй группы возник 1 (0,9 %) рецидив внутреннего геморроя, который успешно был пролечен повторным проведением проксимального лигирования геморроидальных артерий. Летальных исходов не было.

Выводы:

1. Дифференцированный подход к лечению хронического геморроя в зависимости от стадии патологического процесса и анатомических особенностей анального канала у конкретных больных позволяет обеспечить оптимальный выбор способа оперативного лечения.

2. Использование предложенного алгоритма выбора способа оперативного лечения геморроя II–III степени в зависимости от стадии патологического процесса и анатомических особенностей пациентов позволяет значительно снизить риск возникновения послеоперационных осложнений (с 30,4 до 12,0 %) и сократить сроки лечения больных (с 29,1 до 22,3 сут).

3. Среди рассмотренных способов хирургического лечения геморроя наименьшими рисками развития послеоперационных осложнений и сроками реабилитации обладает дезартеризация в сочетании со склерозированием геморроидальных узлов.

4. Использование физиотерапевтического лечения в послеоперационном периоде способствует уменьшению болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде и лучшей реабилитации больных.

1. *Аминев А. М.* Руководство по проктологии / А. М. Аминев. – Куйбышев, 1965. – Т. 1. – 486 с.

2. *Воробьев Г. И.* Геморрой / Г. И. Воробьев, Ю. А. Щелыгин, Л. А. Благодарный. – М. : ООО «Митра-Пресс», 2002. – 192 с.

3. Основы колопроктологии / Г. И. Воробьев [и др.] ; под ред. Г. И. Воробьева. – М. : Медицинское информационное агентство, 2001. – 432 с.

4. *Ривкин В. Л.* Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, С. Н. Файн. – М. : Медпрактика, 2001. – 300 с.

5. *Федоров В. Д.* Клиническая оперативная проктология / В. Д. Федоров, Г. И. Воробьев, В. Л. Ривкин. – М., 1994. – 427 с.

6. Циркулярная слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки (степлерная геморроидопексия) при лечении больных хроническим геморроем / А. М. Кузьминов [и др.] // Российский журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2010. – Т. 20, № 3. – С. 82–87.

7. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation: an alternative to hemorrhoidectomy // G. Felice [et al.] // Dis Colon Rectum. – 2005. – № 48 (11). – P. 2090–2093.

8. *Morinaga K.* A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter / K. Morinaga, K. Hasuda, T. Ikeda / Am J. Gastroenterol. – 1995. – № 90 (4). – P. 610–613.

OPTIMIZING SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC II-III DEGREE HEMORRHOIDS

V.I. Midlenko, D.T. Nguyen, E.G. Evtushenko, A.A. Kartashev

Ulyanovsk State University

By the analysis of the literature and their extensive experience in treating hemorrhoids authors have developed an algorithm for selecting the method of surgical treatment of chronic hemorrhoids II-III degree, depending on the stage of the disease process and the patient's anatomy.

A comparative analysis of the results of surgical treatment of 154 patients with chronic hemorrhoids II-III degree, using the traditional approach to the choice of surgical treatment (46 patients) and the developed algorithm (108 patients). In the control group, traditional hemorrhoidectomy Milligan - Morgan hemorrhoidectomy has been performed on all the patients, in the study group surgical method has been chosen according to the developed algorithm. The developed algorithm for selecting the method of surgical treatment to reduce the risk of postoperative complications from 30,4 to 12,0 % and reduce the time of treatment from

Key words: hemorrhoids, hemorrhoidal artery ligation, Longo operation.