

© Коллектив авторов, 2007
УДК 616.147.17-002.2-007.64-089

С.В.Васильев, К.Н.Комяк, А.И.Недозимованный

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОПЕРАЦИИ ЛОНГО И ШОВНОГО ЛИГИРОВАНИЯ ТЕРМИНАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ ВЕРХНЕЙ ПРЯМОКИШЕЧНОЙ АРТЕРИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Кафедра хирургических болезней (зав. — проф. С.В.Васильев) стоматологического факультета Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова

Ключевые слова: геморрой, операция Лонго, шовное лигирование.

Введение. Геморрой является наиболее частым заболеванием в колопроктологии и может существенно влиять на качество жизни пациента [2].

Если для лечения геморроя I–II стадии в настоящее время чаще применяются консервативная терапия и малоинвазивные методики, то для пациентов с геморроем III–IV стадии методом выбора считается та или иная модификация операции Миллигана—Моргана. Однако выраженная боль и длительный период реабилитации после иссечения геморроидальных узлов являются серьезным испытанием для пациентов и часто служат основной причиной отказа от операции. Стремление снизить уровень послеоперационной боли, сократить срок восстановления трудоспособности заставляет специалистов искать новые способы хирургического лечения геморроидальной болезни.

В 1993 г. A.Longo предложил операцию, суть которой заключается в резекции слизистой-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки с пересечением проходящих в нем дистальных ветвей верхней прямокишечной артерии и одномоментным наложением анастомоза без иссечения геморроидальных узлов [3]. Таким образом, происходит ликвидация кровотока по магистральным геморроидальным сосудам, подтягивание геморроидальных узлов в проксимальном направлении и их фиксация в анальном канале. Отсутствие обширной раневой поверхности в чувствительной зоне обуславливает значительное снижение послеоперационного болевого синдрома.

К.Morinaga, К.Nasuda в 1995 г. [4] предложили методику, суть которой заключается в топической диагностике дистальных ветвей верхней прямокишечной артерии, питающих гемор-

роидальные узлы, с помощью ультразвуковой доплерометрии с последующим прошиванием и завязыванием восьмиобразного шва в подслизистом слое на 2–3 см выше зубчатой линии вокруг каждой из них. Критерием правильного лигирования геморроидальных сосудов является исчезновение шума пульсации. Кроме очевидного воздействия на сосудистый компонент патогенеза геморроя, исследователи и авторы метода указывают также на воздействие на механический фактор, за счет образования рубцов в местах прошивания артерий.

Цель исследования — сравнительная оценка результатов операции Лонго и шовного лигирования терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии.

Материал и методы. С января 2001 по июнь 2005 г. в Городской больнице № 9 Санкт-Петербурга, являющейся клинической базой СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, были прооперированы 2053 пациента, страдающих хроническим комбинированным геморроем II–IV стадии. Из них 135 случайным образом отобранных пациентов были включены в настоящее проспективное исследование. Для проведения исследования больные были разделены на две группы. 1-ю группу составили 73 больных, перенесших циркулярную слизисто-подслизистую резекцию участка прямой кишки по методу A.Longo с использованием набора инструментов «PPH-01» (фирма «Ethicon», США). Во 2-ю группу вошли 62 больных, которым было выполнено шовное лигирование терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии. Разделение больных на группы осуществлялось по принципу случайной выборки. Группы были полностью сопоставимы по основным критериям — полу, возрасту, стадии заболевания ($p < 0,01$). Циркулярная слизисто-подслизистая резекция участка прямой кишки проводилась в условиях операционной под общей анестезией и требовала госпитализации пациентов на срок от 3 до 5 дней в стационар. Шовное лигирование терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии выполнялось амбулаторно в операционной. После 1–2 ч наблюдения пациентов отпускали домой. В связи с указанным различием методик

сравнение сроков пребывания в стационаре не проводилось.

Основными критериями оценки непосредственных результатов вмешательства у больных изучаемых групп являлись: продолжительность операции, выраженность и продолжительность болевого синдрома, наличие ранних послеоперационных осложнений, срок восстановления трудоспособности пациентов, данные профилометрических исследований после операции, результаты доплерографии «геморроидальных» артерий.

Отдаленные результаты проведенного лечения в сроки от 10 до 18 мес были прослежены у 100 (74,1%) из 135 человек. В указанную группу вошли 49 (79%) пациентов, перенесших шовное лигирование терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии и 51 (69,8%) больной после операции Лонго. После проведенного обследования проводилась комплексная оценка результатов лечения по основным критериям: наличие рецидива заболевания; отдаленные осложнения проведенного лечения; качество жизни оперированных больных (оценивалось с помощью анкеты, специально разработанной в 1999 г. И.Ю.Акимжановой, Ю.М.Шептуновым [1]).

Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность операции Лонго составила (37±4,3) мин, шовного лигирования — (27±3,4) мин. Интенсивность болевых ощущений в промежутке от 4 до 12 ч после циркулярной слизисто-подслизистой резекции в среднем составила (3,7±1,0) балл в соответствии с Международной визуально-аналоговой шкалой. У пациентов, перенесших шовное лигирование, отмечались незначительные болезненные ощущения, оценивавшиеся в среднем в (2,9±1,0) балл ($p<0,01$). Таким образом, проведенный анализ позволил заключить, что выраженность болевого синдрома после шовного лигирования оказалась существенно ниже по сравнению с операцией Лонго ($p<0,05$).

Ранние послеоперационные осложнения отмечались у 13 (17,8%) человек после операции Лонго и у 2 (3,2%) пациентов, перенесших шовное лигирование (табл. 1).

Таблица 1

Осложнения раннего послеоперационного периода

Осложнения	Операция Лонго		Шовное лигирование		p
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Дизурические явления	2	2,8	—	—	<0,01
Тромбоз геморроидальных узлов	9	12,3	1	1,6	<0,01
Кровотечение	2	2,7	1	1,6	<0,05
Всего	13	17,8	2	3,2	<0,01

Период восстановления трудоспособности являлся значимым критерием оценки травматичности обеих методик лечения. После шовного

лигирования, в сравнении с операцией Лонго, больные достоверно быстрее возвращались к полноценной повседневной жизни и трудовой деятельности в частности (табл. 2).

Таблица 2

Период восстановления трудоспособности

Срок, дни	Операция Лонго		Шовное лигирование	
	Абс. число	%	Абс. число	%
3–5-й	—	—	47	75,8*
5–6-й	65	89,0*	15	24,2*
6–10-й	5	6,8*	—	—
10–15-й	3	4,1*	—	—
Всего	73	100	62	100

* Различия статистически достоверны ($p<0,01$).

Оценка функциональных результатов проведенного лечения у больных представленных групп проводилась методами профилометрии анального канала и ультразвуковой доплерографии кровотока в сосудах прямой кишки непосредственно после вмешательства.

Сравнительный анализ профилометрических показателей у пациентов обеих групп до- и в ближайшие сроки после операции статистически достоверных различий не показал.

С целью углубленной и статистически достоверной оценки непосредственной эффективности описанных методик хирургического лечения хронического геморроя был проведен сравнительный анализ средних показателей максимальной (М), средней (S) и диастолической (D) скоростей кровотока в геморроидальных артериях, полученных при доплерографическом сканировании пациентов обеих групп до и после (через 1 мес) лечения (табл. 3).

Приведенные данные позволили математически документировать редукцию кровотока через геморроидальные сосуды как после циркулярной слизисто-подслизистой резекции участка прямой кишки, так и шовного лигирования ветвей верхней прямокишечной артерии. В то же время, статистически значимого различия в непосредственных результатах применения указанных методик, по данным доплерографии, выявить не удалось.

Результаты лечения (по данным анкетирования) в отдаленном периоде как хорошие оценили 40 (78,4%) пациентов, перенесших операцию Лонго, и 33 (67,3%) пациента, подвергшихся шовному лигированию ($p<0,05$). Приведенные данные позволяют прийти к выводу, что, с точки зрения пациентов, отдаленные результаты хирургического лечения геморроидальной болезни по методу Лонго достоверно превосходят таковые при проведении шовного лигирования ветвей верхней прямокишечной артерии.

Таблица 3

Показатели скорости кровотока до и после манипуляции (см/с) (M±m)

Период	Операция Лонго			Шовное лигирование		
	M	S	D	M	S	D
До операции	5,0±2,1*	24±4,2*	6,3±3,3*	5,3±1,8*	22±5,4*	6,5±2,9*
После операции	3,1±1,2*	8,5±2,3*	3,1±1,1*	3,4±1,3*	7,9±2,8*	2,9±1,3*

* Различия статистически достоверны (p<0,01).

Таблица 4

Распределение пациентов с рецидивом геморроя по стадиям заболевания

Стадии	Операция Лонго			Шовное лигирование			Итого	
	Итого	Рецидив		Итого	Рецидив			
		Абс. число	%		Абс. число	%	Абс. число	%
II	3	–	–	5	–	–	–	–
III	43	–	–	40	2	5,0	2	2,4
IV	5	1	20,0	4	2	50,0	3	33,3
Всего	51	1	1,9	49	4	8,1	5	5,0

При анализе отдаленных результатов рецидив был выявлен в 5 наблюдениях: в 1 (1,9%) случае — после проведенной операции по методу A.Longo и 4 (8,1%) — после шовного лигирования терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии.

Зависимость частоты возврата симптомов заболевания у пациентов обеих изучаемых групп в зависимости от изначальной стадии приведена в табл. 4.

Как видно из табл. 4, рецидив заболевания у пациентов, перенесших операцию Лонго при поздних стадиях геморроя, возник у 1 (2,1%) пациента, тогда как после шовного лигирования при тех же стадиях заболевания рецидив имел место у 4 больных (9%).

Выводы. 1. Шовное лигирование геморроя имеет ряд преимуществ перед аппаратной резекцией слизистой-подслизистого слоя, что выражается в относительной простоте методики, меньшей травматичности и минимальными сроками реабилитации.

2. В отдаленном периоде меньше рецидивов, больше положительных результатов лечения отмечается после слизистой-подслизистой резекции (методика A.Longo).

3. Хорошие отдаленные показатели лечения при ранних формах геморроидальной болезни (II стадии) как шовного лигирования терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии, так и операции Лонго (положительный результат в 100% наблюдений в каждой из групп), позволяют

считать применение обоих методов в подобной клинической ситуации одинаково правомочным.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Акимжанова И.Ю., Шептунов Ю.М. Критерии оценки качества жизни больных после операций на прямой кишке // Актуальные проблемы колопроктологии: IV Всероссийская конференция с международным участием: Тез. докл.—Иркутск, 1999.—С. 428–429.
2. Воробьев Г.И., Симкина Е.Н. Эпидемиология и профилактика болезней толстой кишки в амбулаторной проктологии // Актуальные проблемы проктологии: Тез. докл. Всерос. конф.—СПб., 1993.—С. 8–11.
3. Longo A. Treatment of haemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure // 6th World Congress of Endoscopic Surgery.—Rome, 1998.—P. 777–784.
4. Morinaga K., Hasuda K., Ikeda T. A novel therapy for internal haemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter // Am. J. Gastroenterol.—1995.—Vol. 90, № 4.—P. 610–613.
5. Rudkin G.E. Pain management in the adult day surgery patient // Ambulatory Surg.—1997.—Vol. 2.—P. 75–80.

Поступила в редакцию 23.01.2007 г.

S.V.Vasiliev, K.N.Komyak, A.I.Nedozimovanny

COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE LONGO OPERATION AND SUTURE LIGATION OF THE TERMINAL BRANCHES OF THE UPPER RECTAL ARTERY IN TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS

The immediate and long-term results of treatment of patients with chronic hemorrhoids were compared in two groups of patients. The A.Longo method of operation was used in one group of patients, suture ligation of the distal branches of the superior rectum artery was used in the other group. The second method was shown to have some advantages over the Longo operation, but the long-term results show greater effectiveness of the Longo method.