

УДК 617-089.844

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ II–III СТЕПЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Мидленко В.И., Нгуен Д.Т., Евтушенко Е.Г., Карташев А.А.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»,
Ульяновск, e-mail: alexandermd@yandex.ru

Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 154 больных хроническим геморроем II–III степени с использованием традиционного (46 больных) и дифференцированного (108 больных) подходов. В первой группе всем пациентам производилась традиционная геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во 2 модификации НИИ Колопроктологии, а во второй группе, в зависимости от стадии процесса и анатомических особенностей, производилась геморроидэктомия, аппаратная геморроидэктомия по Лонго и проксимальное лигирование геморроидальных артерий. Установлено, что основной причиной неудовлетворительных исходов хирургического лечения геморроя является неадекватность выбора оперативного пособия по отношению к стадии процесса и анатомическим особенностям пациентов. Разработанный алгоритм выбора 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 суток.

Ключевые слова: геморрой, дифференцированный подход, проксимальное лигирование, операция Лонго

TREATMENT OF CHRONIC II–III DEGREE HEMORRHOIDS SELECTIVE APPROACH BASED ON STAGE OF THE PATHOLOGIC PROCESS

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

Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, e-mail: alexandermd@yandex.ru

We have done comparative analysis of the results of surgical treatment of 154 patients with chronic II–III degree hemorrhoids, using conventional (46 patients) and differential (108 patients) approaches. In the first group, all patients performed a traditional Milligan-Morgan hemorrhoidectomy in 2 modification of Coloproctology Research Institute, and in the second group, depending on the stage of the pathological process and the anatomical features according developed algorithm (Milligan-Morgan hemorrhoidectomy, Longo's stappled hemorrhoidectomy and proximal ligation of hemorrhoidal arteries). We found that the main cause of poor outcomes of surgical treatment of hemorrhoids is the inappropriate choice of the operational without paying attention to the stage of the pathological process and the anatomy of patients. The developed algorithm of choice of surgical treatment allowed to reduce the risk of postoperative complications from 30,4 to 12,0% and reduce the time of treatment from 29,1 to 22,3 days.

Keywords: hemorrhoids, selective approach, hemorrhoidal artery ligation, Longo operation

Хронический геморрой II–III ст. является наиболее распространенным заболеванием колопроктологического профиля, встречающимся, по данным мировой статистики, у 126 из 1000 человек трудоспособного возраста [1, 2, 3, 4].

Распространенность геморроидальной болезни обуславливает важность данной проблемы для современного общества, так как она значительно снижает качество больных жизни, приводит к длительным срокам нетрудоспособности и часто к необходимости смены рода трудовой деятельности [1, 2, 3, 4, 5].

Несмотря на то, что различные способы хирургического лечения геморроя разрабатываются еще со времен Гиппократов до настоящего времени, эта проблема все еще не до конца решена. Что заставляет исследователей и практических врачей искать новые способы оперативных пособий, направленных на устранение клинических проявлений заболевания с минимизацией негативного влияния на физиологию анального канала [1, 2, 3, 4, 5].

Известно что все вмешательства на заднем проходе и промежности в той или

иной степени приводят к нарушению нормальных анатомо-физиологических взаимоотношений, что может приводить к нарушению процесса удержания кала и газов [2, 4], изменению чувствительности перинальной области [1, 4], разрушению условно рефлекторных связей в процессе дефекации [1, 4].

Данные нарушения жизнедеятельности организма в послеоперационном периоде требуют длительной реабилитации и, иногда, повторных оперативных вмешательств. Подобные осложнения можно предотвратить или по крайней мере свести к минимуму при разработке четких рекомендаций по дифференцированному подходу к лечению геморроя в зависимости от стадии заболевания, анатомических особенностей анального канала и промежности у конкретных больных.

Это направление в лечении заболеваний анального канала и промежности получило распространение в последние годы, но до настоящего времени в отечественной [2, 3, 4, 5] и зарубежной [7, 9] литературе приводятся лишь некоторые исследования, по-

священные выбору способа операции в зависимости от анатомических особенностей пациентов, именно этому и посвящено настоящее исследование.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения хронического геморроя II–III степени у больных трудоспособного возраста путем разработки дифференцированного подхода к лечению у различных групп больных.

Материалы и методы исследования

В исследование включено 154 пациента с диагнозом «хронический геморрой», оперированных в период 2008–2011 гг. в хирургических отделениях «ГУЗ Ульяновская областная больница № 2» и ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи».

Из них мужчин 80 (52%), женщин 74 (48%). В возрасте от 18 до 80 лет, средний возраст $47,5 \pm 13,8$ лет.

Все пациенты в зависимости от подходов к лечению были разделены на 2 группы. В первую группу включено 46 больных, оперированных в период 2008–2010 гг., которым выполнялась геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во второй модификации НИИ Колопроктологии [3]. Во вторую группу включено 108 больных, оперированных в 2010–2011 гг. с использованием дифференцированного подхода к выбору оперативного вмешательства в зависимости от стадии заболевания и анатомических особенностей пациента.

В зависимости от способа оперативного лечения все больные в исследуемой группе были разделены на 3 подгруппы. В первую включены 45 больных, которым произведена геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во второй модификации НИИ Колопроктологии, во вторую – 26 больных, которым произведена аппаратная геморроидэктомия по Лонго [4], в третью – 37 больных, которым произведено проксимальное лигирование геморроидальных артерий [4, 8].

Распределение больных по подгруппам осуществлялось в соответствии со следующим алгоритмом (табл. 1).

Таблица 1

Алгоритм выбора способа оперативного лечения

Подгруппа	Форма заболевания	Способ операции	Количество больных
1	Хронический комбинированный геморрой II–III степени с выраженными наружными узлами	Геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во второй модификации НИИ Колопроктологии	45
2	Хронический внутренний геморрой II–III степени (с выпадением слизистой оболочки)	Аппаратная геморроидэктомия по Лонго	26
3	Хронический внутренний геморрой II–III степени (без выпадения слизистой оболочки)	Проксимальное лигирование геморроидальных артерий	37

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 месяцев 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 исследования и их обсуждение

Хронический геморрой является самым распространенным колопроктологическим заболеванием. Длительное время основным способом его хирургического лечения являлась геморроидэктомия, выполняемая различными способами, которая, несмотря на радикальность лечения, обладает рядом существенных недостатков: длительные сроки заживления ран (составляющие, по литературным данным, от 4 до 12 недель), выраженный послеоперационный болевой

синдром, высокий риск послеоперационных осложнений.

По мере развития колопроктологии стали разрабатываться альтернативные способы хирургического лечения геморроя, которые позволяют снизить неблагоприятные особенности геморроидэктомии. Однако с ростом числа методик возник вопрос о необходимости выбора того или иного способа операции в зависимости от особенностей течения заболевания.

При рассмотрении ближайших результатов лечения следует отметить, что во второй группе практически в три раза реже встречались ранние послеоперационные осложнения (табл. 2).

При сравнительной оценке их структуры следует отметить, что в обеих группах ранние послеоперационные осложнения представлены рефлексорной задержкой мочи, кровотечением из послеоперационных ран, некрозом слизистой оболочки и нагноением раны. При этом статистически достоверно ($p < 0,05$) ранние послеоперационные осложнения встречались у пациентов первой группы (14 больных 30,4%) по сравнению со второй группой (13 больных, 12,0%).

Таблица 2

Структура ранних послеоперационных осложнений

Исследуемая группа	Всего осложнений, больные, %	Задержка мочи, больные, %	Кровотечение, больные, %	Некроз слизистой, больные, %	Нагноение ран, больные, %
Первая группа <i>n</i> = 46	14 (30,4)*	8 (17,4)	4 (8,6)	1 (2,2)	1 (2,2)
Вторая группа <i>n</i> = 108	13 (12,0)*	9 (8,3)	3 (2,8)	1 (0,9)	0 (0,0)

Примечание. * $p < 0,05$ между первой и второй группами.

Следует отметить, что наиболее частым осложнением в обеих группах была рефлекторная задержка мочи, которая наблюдалась у 8 (17,4%) больных в первой группе и 9 (8,3%) больных второй группы. Несколько реже наблюдалось 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 наблюдалось только у 1 (2,2%) больного первой группы.

Приведем структуру ранних послеоперационных осложнений в подгруппах второй группы в следующей таблице (табл. 3).

Таблица 3

Структура ранних послеоперационных осложнений в подгруппах второй группы

Подгруппа (способ операции)	Всего осложнений, больные, %	Задержка мочи, больные, %	Кровотечение, больные, %	Некроз слизистой, больные, %	Нагноение ран, больные, %
Первая подгруппа (геморроидэктомия) <i>n</i> = 45	9 (20,0) ‡	7 (15,6) ‡	1 (2,2)	1 (2,2)	0 (0,0)
Вторая подгруппа (операция Лонго) <i>n</i> = 26	3 (11,5)	2 (7,9)	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
Третья подгруппа (проксимальное лигирование геморроидальных артерий) <i>n</i> = 37	1 (2,7) ‡	0 (0,0) ‡	1 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)

Примечание. * $p < 0,05$ между первой и второй подгруппами, ‡ $p < 0,05$ между второй и третьей подгруппами, † $p < 0,05$ между первой и третьей подгруппами.

Следует отметить, что наибольшее количество ранних послеоперационных осложнений наблюдалось в подгруппе больных, перенесших геморроидэктомию – 9 (20,0%), несколько меньшее в подгруппе больных, перенесших операцию Лонго – 3 (11,5%) и значительно меньше в подгруппе больных, перенесших проксимальное лигирование геморроидальных артерий – 1 (2,7%). При этом статистически достоверно ($p < 0,05$) риск послеоперационных осложнений наблюдался в подгруппе больных, перенесших геморроидэктомию.

Необходимо отметить, что при сравнении результатов геморроидэктомии в первой и второй исследуемых группах в последней наблюдалось значительно меньшее количество ранних послеоперационных осложнений: 9 (20,0%) больных во второй группе против 14 (30,4%) в первой группе.

Мы это связываем с тем, что во второй группе ввиду подбора способа оперативного лечения исходя из стадии патологического процесса и анатомических особенностей больных геморроидэктомию не проводилась больным, которым требовались иные, более патогенетически обоснованные способы лечения (аппаратная геморроидэктомию при пролапсе слизистой оболочки) или более щадящие способы операции (проксимальное лигирование геморроидальных артерий) характеризующиеся меньшим риском послеоперационных осложнений.

Представим средние сроки госпитализации, полного заживления ран и временной нетрудоспособности в следующей таблице (табл. 4).

При сравнительной оценке средних сроков госпитализации, полного заживления ран и временной нетрудоспособности наилучшие результаты наблюдаются во второй

группе и составляют $9,8 \pm 3,2$; $21,1 \pm 7,6$ и $22,3 \pm 5,9$ суток соответственно против $12,6 \pm 5,4$; $28,3 \pm 10,4$ и $29,1 \pm 13,1$ суток соответственно в первой группе (различие всех значений статистически достоверно, $p < 0,05$).

Таблица 4

Результаты лечения

Исследуемая группа	Средние сроки госпитализации, сут	Средние сроки полного заживления ран, сут	Средние сроки временной нетрудоспособности, сут
Первая группа (геморроидэктомия) $n = 45$	$12,6 \pm 5,4^{*†\sim}$	$28,3 \pm 10,4^{*†\sim}$	$29,1 \pm 13,1^{*†\sim}$
Вторая группа (всего) $n = 108$	$9,8 \pm 3,2^*$	$21,1 \pm 7,6^*$	$22,3 \pm 5,9^*$
Первая подгруппа (геморроидэктомия) $n = 45$	$9,9 \pm 6,4^{\dagger\sim}$	$23,3 \pm 6,4^{\dagger\sim}$	$24,2 \pm 7,2^{\dagger\sim}$
Вторая подгруппа (операция Лонго) $n = 26$	$10,1 \pm 4,5^{\circ}$	$18,6 \pm 5,3^{\circ}$	$19,0 \pm 4,8^{\circ}$
Третья подгруппа (проксимальное лигирование геморроидальных артерий) $n = 37$	$8,1 \pm 2,3^{\circ}$	$14,5 \pm 4,4^{\bullet}$	$14,8 \pm 2,1^{\bullet}$

Примечания: * $p < 0,05$ между первой и второй группами, † $p < 0,05$ между первой группой и первой подгруппой второй группы, ‡ $p < 0,05$ между первой и второй подгруппами второй группы, ° $p < 0,05$ между второй и третьей подгруппами второй группы, • $p < 0,05$ между первой и третьей подгруппами второй группы, ~ $p < 0,05$ между первой группой и первой подгруппой второй группы.

При сравнении подгрупп второй группы между собой следует отметить, что наиболее короткие сроки госпитализации, полного заживления ран и временной нетрудоспособности отмечались в подгруппе больных, перенесших проксимальное лигирование геморроидальных артерий, несколько длиннее – в подгруппе больных, перенесших операцию Лонго, и наиболее длинные – в подгруппе больных, перенесших геморроидэктомию, что связано с особенностями оперативных вмешательств.

Особое внимание следует уделить сравнению показателей больных, перенесших геморроидэктомию в первой и второй группах. Так, в последней наблюдается значительное сокращение сроков госпитализации (с $12,6 \pm 5,4$ до $9,9 \pm 6,4$ сут), полного заживления ран (с $28,3 \pm 10,4$ до $23,3 \pm 6,4$ сут) и временной нетрудоспособности (с $29,1 \pm 13,1$ до $24,2 \pm 7,2$ сут) причем все эти различия являются статистически достоверными ($p < 0,05$). Это мы связываем с тем, что во второй группе производился отбор пациентов в соответствии со стадией патологического процесса и анатомическими особенностями, способствовало снижению риска возникновения послеоперационных осложнений.

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

В первой группе и первой подгруппе второй группы наблюдалось по 1 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. Основной причиной неудовлетворительных исходов при лечении хронического геморроя II–III степени является неадекватность способа оперативного лечения по отношению к стадии патологического процесса и анатомическим особенностям пациентов.

2. Индивидуальный подход к лечению каждого отдельного геморроидального узла в зависимости от стадии патологического процесса и анатомических особенностей позволяет оптимизировать хирургическое лечение геморроя с целью подбора наиболее адекватного способа оперативного лечения.

3. Использование предложенного дифференцированного подхода к выбору 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).

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

Список литературы

1. Аминев, А. М. Руководство по проктологии / А.М. Аминев. – Куйбышев, 1965. –Т. 1. – 486 с.
2. Воробьев, Г.И. Основы колопроктологии / Г.И. Воробьев [и др.]; под ред. Г.И. Воробьева. – М: Медицинское информационное агентство, 2001. – 432 с.
3. Федоров, В. Д. Клиническая оперативная проктология / В.Д. Федоров, Г.И. Воробьев, В.Л. Ривкин. – М., 1994. – 427 с.
4. Воробьев, Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Щелыгин, Л.А. Благодарный. – М.: Изд-во ООО «Митра-Пресс», 2002. – 192 с.
5. Ривкин, В. Л. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. – М.: Медпрактика, 2001. – 300 с.
6. Кузьминов, А. М. Циркулярная слизисто-подслизистая резекция нижнеампулярного отдела прямой кишки (степлерная геморроидопексия) при лечении больных хроническим геморроем / А.М. Кузьминов, Ю.Ю. Чубаров, А.А. Тихонов, Ш.Т. Минбаев, В.Ю. Королик // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2010. – Т.20. – № 3. – С. 82–87.
7. Felice, G. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation: an alternative to hemorrhoidectomy // G. Felice, A. Privitera, E. Ellul, M. Klaumann / Dis Colon Rectum. – 2005 Nov. – № 48(11). – P. 2090–3.
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 // Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T / Am J Gastroenterol. – 1995 Apr. – № 90(4). – P. 610–3.
9. Varut Lohsiriwat, Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management // Varut Lohsiriwat // World J Gastroenterol. – 2012 May 7. – № 18(17). – P. 2009–2017

References

1. Aminev A.M. *Rukovodstvo po proktologii*. Kuibishev, 1965 t.1, 286 p.

2. Vorobev G.I. *Osnovi koloproktologii*, Moscow, Medicinscoe informagionnoe agentstvo, 2001. 432 p.
3. Fedorov V.D., Vorobev G.I., Rivkin V.L. *Klinicheskaya operativnaya proktologia*. Moscow, 1994. 427 p.
4. Vorobev G.I., Sheligin U.A., Blagodarnii L.A. *Gemorroi*, Moscow, ООО Mitra Press, 2002. 192 p.
5. Rivkin V.L., Bronshtein A.S., Fain S.N. *Rukovodstvo po koloproktologii*, Moscow, Medpractica, 2001. 300 p.
6. Kuzminov A.M., Chubarov U.U., Tihonov A.A., Minbaev S.T., Corolic V.U. *Circularnaya slizisto-podslizistaya rezekciya nizneamularnogo otдела pryamoi kishki (steplernaya gemorroidectomy) pri lechenii bolnih hronicheskim gemorroem – Rossiiskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii i koloproctologii*, 2010, Vol.20, no. 3, p. 82–87.
7. Felice G., Privitera A., Ellul E., Klaumann M. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation: an alternative to hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*. 2005 Nov; 48(11): 2090–3.
8. Morinaga K., Hasuda K., Ikeda T. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. *Am J Gastroenterol*. 1995 Apr; 90(4):610–3.
9. Varut Lohsiriwat Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management *World J Gastroenterol*. 2012 May 7; 18(17): 2009–2017.

Рецензенты:

Чарышкин А.Л., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии, офтальмологии и оториноларингологии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск;

Островский В.К., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей и оперативной хирургии с топографической анатомией и курсом стоматологии хирургии, офтальмологии и оториноларингологии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Работа поступила в редакцию 29.11.2012.