

МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

© Мішалов В.Г., Шудрак А.А., Цема Є.В., 2010

УДК 616.147.17-007.64-089:616-092

КЛАСИФІКАЦІЯ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕМОРОЮ

¹Мішалов В.Г., ²Шудрак А.А., ²Цема Є.В.

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра хірургії №4, м. Київ;

² Головні військово-медичний клінічний центр Міністерства оборони України, м. Київ

РЕЗЮМЕ: на основі аналізу особливостей патогенезу гемороїдальної хвороби розробити універсальну патогенетичну класифікацію методів хірургічного лікування геморою.

В статті проведений аналіз особливостей патогенезу гемороїдальної хвороби, які відіграють важливу роль у систематизації методів лікування геморою за їх суттєвими ознаками. Узагальнені та виділені основні способи впливу на патогенез гемороїдальної хвороби, які використовуються в сучасних методах хірургічного лікування геморою: ліфтинг (або гемороїдопексія), зниження внутрішньоанального тиску, дезартеризація верхньої прямокишкової артерії, часткова редукція або деструкція кавернозної тканини, повна редукція кавернозної тканини. Зазначені напрямки лікувального впливу покладені в основу класифікації методів хірургічного лікування геморою.

Запропонована патогенетична класифікація методів хірургічного лікування геморою передбачає виділення наступних класифікаційних одиниць: категорія, клас та група методів хірургічного лікування. Пропонується виділяти шість класів методів хірургічного лікування геморою: 1) методи дезартеризації верхньої прямокишкової артерії; 2) методи зменшення маси кавернозної тканини; 3) методи зниження внутрішньоанального тиску; 4) методи повної редукції кавернозної тканини (гемороїдектомії), 5) методи ліфтингу (гемороїдопексії) та дезартеризації верхньої прямокишкової артерії; 6) методи комбінованого впливу. В кожному класі методів пропонується виділяти групи методів хірургічного лікування геморою, які мають спільні суттєві риси в методиці виконання, які в значній мірі впливають на результати лікування та структуру можливих ускладнень.

Ключові слова: геморої, хірургічне лікування, класифікація

Вступ. На сьогодні в розроблені та впроваджені в практику велика кількість методів хірургічного лікування геморою. Майже в кожному хірургічному відділенні виконують оперативні втручання з приводу геморою. До того ж, враховуючи появу останніми десятиліттями методів малоінвазивного лікування геморою, виконання малоінвазивних операцій стало можливим в амбулаторно-поліклінічних умовах, чи стаціонарі "одного дня". Великий відсоток малоінвазивних втручань виконуються в медичних установах недержавної форми власності. Все це говорить про значну соціальну значимість проблеми хірургічного лікування геморою [2, 7]. Зважаючи на тенденцію щодо комерціалізації медичних послуг, досить актуальним постає питання щодо ефективності того чи іншого методу лікування геморою. Так, сучасне малоінвазивне лікування геморою потребує дороговартісного устаткування, здебільшого закордонного виробництва, що значно підвищує вартість хірургічного лікування на одного пацієнта. Зважаючи на це, медичні установи недержавної форми власності зацікавлені у якомога більшому оберті закупленої медичної апаратури, що, подеколи, стає підставою до

необґрунтованого використання того чи іншого методу лікування геморою, розширення показів до хірургічного лікування, навмисного перевищення прогнозованої лікувальної ефективності та нав'язуванні пацієнтові наявних у арсеналі зацікавлених лікувальних закладів методів лікування геморою, особливо малоінвазивних. Важливим підґрунтям до такого стану проблеми лікування геморою в нашій країні є, в тому числі, велика кількість публікацій з даної проблеми, в яких досить часто можна знайти неоднозначні тлумачення щодо показань та протипоказань до використання того чи іншого методу хірургічного лікування геморою та різні підходи до оцінки результатів лікування геморою. Зважаючи на вищевикладені передумови складається ситуація, за якої не лише пацієнтові, а навіть лікарю-колопроктологу досить важко розібратися у існуючому різноманітті методів хірургічного лікування геморою. Це, на нашу думку, передусім обумовлено відсутністю систематизованого підходу до класифікації методів лікування геморою та відсутністю анатомо-фізіологічного та етіопатогенетичного обґрунтування того чи іншого методу лікування геморою. Так, найбільш

розповсюджена класифікація методів лікування геморою є класифікація Г.И. Воробьева, за якою виділяють малонівазивні, малотравматичні та традиційні хірургічні втручання [5]. Такий класифікаційний підхід заснований на якісній характеристиці методу впливу на хворобу, проте не розшифровує лікувальної сутності того чи іншого методу, тобто не розкриває його анатомо-фізіологічної спрямованості та етіопатогенетичної обґрунтованості. Так, до групи малоінвазивних методів лікування геморою відносять методи, які засновані на штучній дезартеризації дистальних гілок ВПА (трансректальна гемороїдальна дезартеризація), механічній редукції кавернозної тканини внутрішніх гемороїдальних вузлів (лігування гемороїдальних вузлів латексними кільцями), хімічному склерозуванні внутрішніх гемороїдальних вузлів (склеротерапія), дилатаційні методи (операція Лорда). Такий підхід, безперечно, має практичне обґрунтування, оскільки вказує на характер травматичності конкретного методу лікування. З іншого боку, існуюча класифікація має в деякій мірі механістичний характер, тобто в одну групу об'єднуються методи, які мають різну лікувальну сутність та точку прикладання. Крім того, низка методів хірургічного лікування геморою взагалі не віднесені до жодної з передбачених такою класифікацією груп, наприклад, операція Лорда (інтраопераційна та програмна післяопераційна дилатація анального сфінктеру). До того ж, необхідно відзначити, що на сьогодні немає чіткого визначення що таке малоінвазивний метод лікування, що таке малотравматична хірургічна операція, а що таке традиційний хірургічна операція. Тому віднесення конкретного хірургічного методу до певної класифікаційної групи є в деяких випадках умовним та дискусійним.

На нашу думку, класифікація методів хірургічного лікування геморою передусім повинна базуватися на однозначних та чітких критеріях, відповідно до лікувального впливу на основні ланки патогенезу (точки прикладання) конкретного методу лікування з подальшою деталізацією в залежності від природи діючого фактора впливу та технічних особливостей методу лікування. Такий підхід до класифікації методів хірургічного лікування геморою не тільки систематизує існуюче різноманіття методів лікування (а також методів, які мають історичне значення), а й розкриває етіопатогенетичну обґрунтованість того чи іншого методу лікування, підкреслюючи його анатомо-функціональну обґрунтованість. Крім того, такий класифікаційний підхід не суперечить загальноприйнятій класифікації методів лікування геморою [5], а, навпаки, розширює та доповнює її, додаючи їй методологічно вивіреним характер.

Мета дослідження. На основі аналізу особливостей патогенезу гемороїдальної хвороби розро-

бити універсальну патогенетичну класифікацію методів хірургічного лікування геморою.

Результати досліджень та їх обговорення.

Основні напрямки патогенетичного впливу хірургічних методів лікування геморою.

Загальноприйнятим є виділення двох основних факторів патогенезу гемороїдальної хвороби: гемодинамічний (або судинний) та механічний фактори [4, 7].

Суть гемодинамічного фактора полягає у погіршення відтоку крові від кавернозної тканини гемороїдальних вузлів, що призводить до застою та збільшенні об'єму кавернозної тканини. Морфологічним субстратом вищезазначених процесів є місцева венозна гіперемія на фоні фізіологічної артеріальної гіперемії за рахунок артеріоло-венулярного шунтування в кавернозній тканині гемороїдальних вузлів.

Суть механічного фактора полягає у послабленні зв'язкового апарату збільшених внутрішніх гемороїдальних вузлів (зв'язка Паркса, м'яз Трейтца), що призводить до їх пролабування з анального каналу.

Гемодинамічний та механічний фактори виникнення геморою доповнюють один одного та покладені в основу стадіювання гемороїдальної хвороби. Так, при I-II стадії геморою основну роль в патогенезі відіграє гемодинамічний фактор, тоді як при хронічному геморої III-IV стадії на перше місце виступає механічний фактор. Превалювання гемодинамічного чи механічного факторів патогенезу в розвитку гемороїдальної хвороби, обумовлюють вибір методу лікування при тій чи іншій стадії захворювання.

Виходячи з сучасних уявлень про патогенез гемороїдальної хвороби можливі два основні шляхи безпосереднього (прямого) патогенетично обґрунтованого лікувального впливу на розвиток захворювання. Перший шлях — усунення гемодинамічного фактора розвитку геморою, шляхом покращення відтоку крові від кавернозної тканини гемороїдальних вузлів. Другий шлях — усунення механічного фактора, шляхом відновлення зв'язкового апарату внутрішніх гемороїдальних вузлів (ліфтинг, або гемороїдопексія). З цих двох шляхів безпосереднього лікувального впливу, на сьогодні, технічно можливо виконати лише ліфтинг (гемороїдопексію) гемороїдальних вузлів. Тоді як, методів безпосереднього покращення відтоку крові від кавернозної тканини у чистому вигляді поки що не розроблено. Натомість, є декілька шляхів опосередкованого впливу на основні фактори патогенезу, які є точками прикладання лікувальної дії всіх методів хірургічного лікування геморою:

зниження внутрішньоанального тиску, дезартеризація верхньої прямокишкової артерії (зменшення артеріального притоку крові), часткова або повна редукція (або деструкція) кавернозної ткани-

МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

ни. Таким чином, всі методи лікування геморою, з позицій етіопатогенезу мають наступні точки прикладання (способи впливу на фактори патогенезу гемороїдальної хвороби) (рис. 1):

1. Ліфтинг (або гемороїдопексія) — штучне відновлення ослабленого зв'язкового апарату внутрішніх гемороїдальних вузлів.

2. Зниження внутрішньоанального тиску покращує відтік крові від кавернозної тканини.

3. Дезартеризація верхньої прямокишкової артерії викликає зниження притоку крові, чим опосередковано відносно покращує відтік крові за рахунок того, що умови для його відтоку залишаються попередні, а кількість крові, яку необхідно пропустити гемороїдальним венам, залишається однаковою. Морфологічним еквівалентом цього процесу є те, що за рахунок зменшення артеріального притоку крові зменшується місцеве

фізіологічне артеріальне повнокрів'я кавернозної тканини, що незважаючи на існування місцевого венозного повнокров'я зменшує кровонаповнення органу в цілому.

4. Часткова редукція (або деструкція) кавернозної тканини створює умови для зменшення притоку крові за рахунок зменшення маси кавернозної тканини, а отже і зменшення кількості функціонуючих артеріоло-венулярних анастомозів та опосередковано створює додатковий ліфтинг гемороїдальних вузлів за рахунок утворення рубця на місці деструкції або редукції кавернозної тканини.

5. Повна редукція кавернозної тканини (гемороїдектомія) прибирає патоморфологічний субстрат хвороби, тим самим повністю припиняє притік крові та нівелює механічний фактор розвитку геморою.

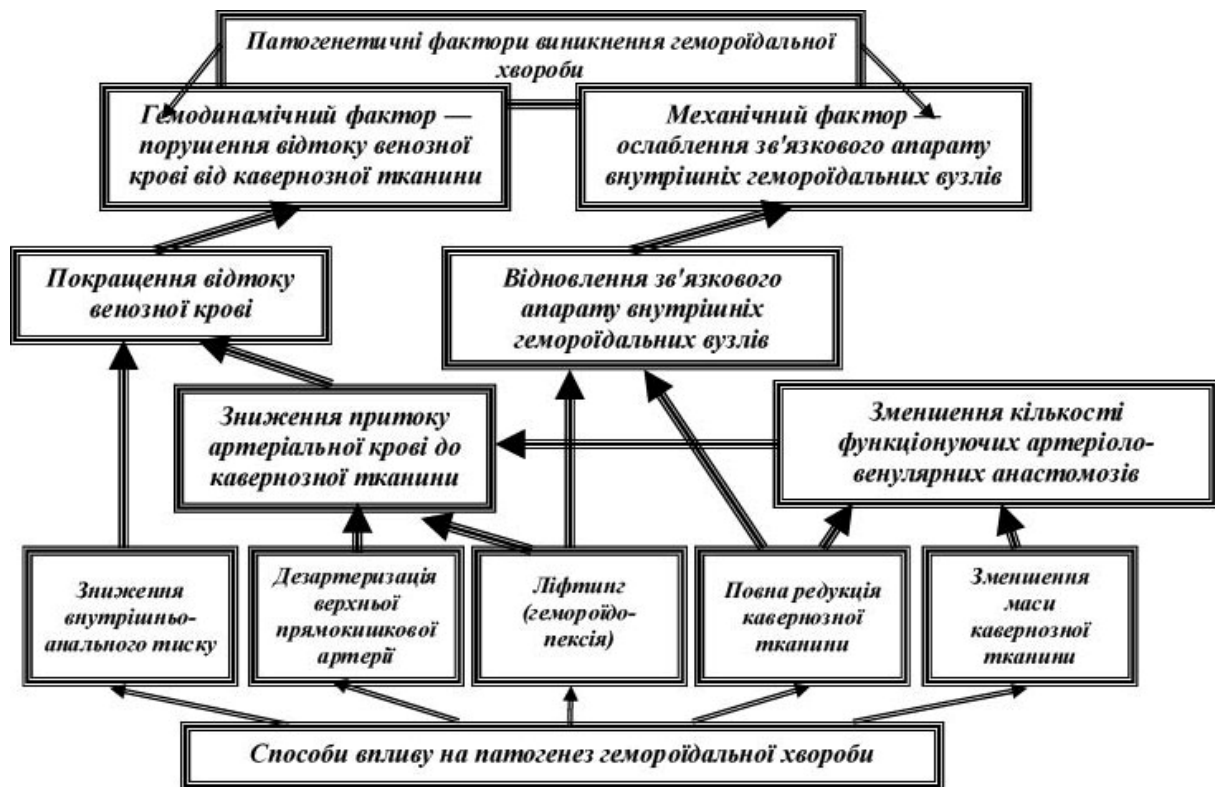


Рис. 1. Схема впливу лікувальних факторів хірургічних методів лікування геморою на патогенез гемороїдальної хвороби

Принципи класифікації методів лікування геморою з позицій патогенезу.

Безперечно, що основним класифікаційним критерієм у патогенетичній класифікації методів хірургічного лікування геморою є спрямованість методу лікування на той чи інший фактор патогенезу розвитку геморою. З цієї позиції усі методи хірургічного лікування геморою можна розподілити на дві принципові категорії:

1) методи, що впливають на гемодинамічний фактор патогенезу геморою;

2) методи, що впливають на гемодинамічний і механічний фактор патогенезу геморою.

Такий поділ методів лікування геморою має беззаперечне практичне значення. Методи лікування першої категорії впливають лише на гемодинамічний фактор патогенезу геморою, який відіграє основну роль при внутрішньому геморої (хронічний геморої I-II стадії), тому ці методи є найбільш ефективними саме при внутрішньому геморої і є нерадикальними при комбінованому геморої (хронічний геморої III-IV стадії). Натомість, методи хірургічного лікування другої категорії впливають як на гемодинамічний, так і на механічний фактор патогенезу геморою, тому ці методи ефективні не

лише при внутрішньому, але і при комбінованому геморої, коли основну роль у патогенезі хвороби відіграє механічний фактор.

Наступним класифікаційним критерієм методів лікування геморою з точки зору патогенетичного підходу є спосіб, яким реалізується вплив конкретного хірургічного методу лікування на певний фактор патогенезу геморою, тобто загальна точка прикладання методів лікування. В залежності від способу впливу на той чи інший фактор патогенезу гемороїдальної хвороби методи лікування геморою можна розділити на 6 класів:

1) клас методів дезартеризації верхньої прямокишкової артерії;

2) клас методів зменшення маси кавернозної тканини;

3) клас методів зниження внутрішньоанального тиску;

4) клас методів повної редукції кавернозної тканини (гемороїдектомії);

5) клас методів ліфтингу (гемороїдопекції) та дезартеризації верхньої прямокишкової артерії;

6) клас комбінованих методів: комбінації вищезазначених методів.

Перші три класи методів лікування геморою впливають лише на гемодинамічний фактор патогенезу хвороби, тому є ефективними при хронічному геморої I-II стадії. Методи четвертого та п'ятого класів усувають як гемодинамічний, так і механічний фактори патогенезу, тому є патогенетично обгрунтованими при хронічному геморої III-IV стадій.

Поділ методів на класи в залежності від точки прикладання лікувальної дії того чи іншого методу лікування геморою розкриває суть лікувального впливу принципово однорідних методів лікування на конкретні ланки патогенезу гемороїдальної хвороби.

В межах окремих класів методи лікування геморою доцільно класифікувати залежно від суттєвих особливостей методики (техніки) впливу на конкретні ланки патогенезу гемороїдальної хвороби. Тобто, наступний класифікаційний критерій, який розподіляє методи лікування на групи — є суттєві методичні (технічні) особливості методу лікування, з допомогою яких реалізується лікувальний вплив на ті чи інші ланки патогенезу геморою. Для кожного класу методів такі критерії будуть різні і в першу чергу повинні визначатися тими особливостями методики виконання, які суттєво впливають на результати лікування геморою, тобто в найбільшій мірі визначають його ефективність.

Клас методів дезартеризації верхньої прямокишкової артерії. Для класу методів дезартеризації верхньої прямокишкової артерії класифікаційним критерієм поділу їх на групи є контрольованість методу щодо проведення дезартеризації дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії. За цим критерієм всі мето-

ди дезартеризацій верхньої прямокишкової артерії можна розділити на дві групи:

1) група методів неконтрольованої дезартеризації верхньої прямокишкової артерії;

2) група методів контрольованої дезартеризації верхньої прямокишкової артерії.

В методах неконтрольованої дезартеризації верхньої прямокишкової артерії остання проводиться виходячи з типової судинної анатомії нижньоампулярного відділу прямої кишки. Тоді як в методах контрольованої дезартеризації верхньої прямокишкової артерії дезартеризацію виконують після апаратної візуалізації дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії з урахуванням можливих варіантів судинної анатомії. Як показали наші дослідження [6, 8], саме контрольованість методики виконання методів дезартеризації верхньої прямокишкової артерії суттєво впливають на повноту проведення її дезартеризації, а отже і на безпосередні та віддалені результати лікування. Існують і інші спільні відмінності методів дезартеризації верхньої прямокишкової артерії, наприклад інвазивність (контактні та інвазивні методи), проте ця відмінність є менш суттєвою, оскільки незалежно від цієї характеристики призводить до одного і того ж кінцевого результату — дезартеризації верхньої прямокишкової артерії, що не визначає її ефективність (повноту) в цілому.

До групи методів неконтрольованої дезартеризації верхньої прямокишкової артерії відносяться наступні методи: прошивання судинних гемороїдальних ніжок вузловими швами; прошивання судинних гемороїдальних ніжок Z-подібними швами (операція Купера); традиційна інфрачервона фотокоагуляція судинних гемороїдальних ніжок; біполярна електрокоагуляція судинних гемороїдальних ніжок; склеротерапія геморою справжніми склерозантами [9].

До групи методів контрольованої дезартеризації верхньої прямокишкової артерії відносяться наступні методи: шовне лігування дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії під доплерометричним контролем; рентгенендова-скулярна окклюзія верхньої прямокишкової артерії під ангіографічним контролем [12]; інфрачервона фотокоагуляція дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії під доплерометричним контролем [18]; біполярна електрокоагуляція дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії під доплерометричним контролем; селективна склеротерапія справжніми склерозантами [19].

Клас методів зменшення маси кавернозної тканини. Для класу методів зменшення маси кавернозної тканини класифікаційним критерієм поділу його на групи є спосіб, яким реалізується зменшення маси кавернозної тканини. Наразі існує два принципові способи, які призводять до зменшення маси кавернозної тканини внутрішніх

гемороїдальних вузлів: часткова редукція та часткова деструкція кавернозної тканини. Часткова редукція кавернозної тканини передбачає видалення її частини з організму людини. Часткова деструкція кавернозної тканини передбачає ініціювання в кавернозній тканині гемороїдальних вузлів незворотних (деструктивних) змін, що призводить до некрозу кавернозної тканини та заміщення її сполучною тканиною. По-суті, методи зменшення маси кавернозної тканини не можуть розглядатися як радикальні з позицій патогенезу, оскільки не можуть повністю усунути гемодинамічний фактор розвитку геморою.

До групи методів часткової редукції кавернозної тканини відносяться: унілатеральна резекція гемороїдальних вузлів (операція Simonetti) [9]; операція Субогіна; закрита гемороїдектомія в модифікації Акопяна Э.Б. [1]; апаратна (інструментальна) гемороїдектомія [20]; гемороїдектомія з накладанням термокаутерів (щипців); гемороїдектомія з використанням приладу "Liga Sure" [3]; гемороїдектомія з використанням CO₂-лазеру ("лазерна гемороїдектомія") [11]. Використання для перерахованих способів лікування терміну "гемороїдектомія" є некоректним, оскільки методика цих операцій не передбачає видалення всієї кавернозної тканини (тоді як при гемороїдектомії повинна видалятися вся кавернозна тканина).

До групи методів часткової деструкції кавернозної тканини відносяться: операція Скліфосовського (перев'язування внутрішніх гемороїдальних вузлів); лігування внутрішніх гемороїдальних вузлів латексними кільцями; видалення гемороїдальних вузлів з використанням електросварювання [16], фототермодеструкція внутрішніх гемороїдальних вузлів; кріодеструкція кавернозної тканини (кріотерапія геморою); склеротерапія гемороїдальних вузлів несправжніми склерозантами.

Клас методів зменшення внутрішньоанального тиску. Клас об'єднує методи, лікувальна дія яких спрямована на зменшення внутрішньоанального тиску, що в свою чергу покращує відтік венозної крові від кавернозної тканини та усуває гемодинамічний фактор патогенезу гемороїдальної хвороби. З точки зору технічного вирішення зазначеного механізму лікувального впливу (зменшення внутрішньоанального тиску) можливі два принципи напрямки:

1) розтягнення анального сфінктера (анальна дилатація), що призводить до його функціонального парезу (зменшення сили його тонічного скорочення);

2) порушення анатомічної цілісності анального сфінктера, що призводить до зменшення сили його тонічного скорочення.

Перший лікувальний напрямок реалізується в групі неінцизійних (дилатаційних) методів ліку-

вання, а другий — в групі інцизійних методів лікування.

До групи методів дилатації анального сфінктера відносяться: одномоментна інтраопераційна дилатація анального сфінктера; операція Лорда (програмна дилатація анального сфінктера); блокада анального сфінктера місцевими анестетиками; інтрасфінктерне та черезсфінктерне охолодження анального сфінктера (спосіб лікування геморою Проценка О.М. [15]).

До групи методів інцизійного зменшення внутрішньоанального тиску відноситься виконання бокової закритої (внутрішньої) дозованої сфінктеротомії.

Клас повної редукції кавернозної тканини (гемороїдектомії). Для класу методів повної редукції кавернозної тканини класифікаційним критерієм поділу їх на групи є технічні особливості проведення гемороїдектомії, які не суперечать загальноновизнаним способам гемороїдектомій:

- 1) група методів ампутаційної гемороїдектомії;
- 2) група методів відкритої гемороїдектомії;
- 3) група методів напівзакритої гемороїдектомії;
- 4) група методів закритої гемороїдектомії;
- 5) група методів підслизової гемороїдектомії.

До групи методів ампутаційної гемороїдектомії відносяться: операція Уайтхеда (Whitehead); операція Б'юї (Buie).

До групи методів відкритої гемороїдектомії відносяться: операція Мілліган-Моргана; операція Jones; операція Officer [21]; відкрита гемороїдектомія з використанням ультразвукового скальпеля; відкрита гемороїдектомія з використанням радіохірургічного апарату "Сургітрон".

До групи методів напівзакритої гемороїдектомії відносяться: операція Мілігана-Моргана в першій модифікації НДІ проктології СРСР; операція Ruiz-Moreno; операція Reis-Neto [22].

До групи методів закритої гемороїдектомії відносяться: операція Мілліган-Моргана в II модифікації НДІ проктології СРСР; операція Mazier; операція Ferguson [23]; операція Sanchrow; операція Fried [21].

До групи методів підслизової гемороїдектомії відносяться: операція Паркса (Parks); операція Мухашаврія (циркулярна підслизова резекція гемороїдальної тканини) [10].

Клас методів ліфтингу (гемороїдопексії) та дезартеризації верхньої прямокишкової артерії. Для класу методів ліфтингу (гемороїдопексії) та дезартеризації верхньої прямокишкової артерії класифікаційним критерієм поділу на групи є технічний аспект виконання методу — виконання його з допомогою стандартизованого приладу, чи з допомогою ручного шва. За цим класифікаційним критерієм клас методів ліфтингу (гемороїдопексії) та дезартеризації верхньої прямокишкової артерії включає три групи:

1) група методів циркулярного (апаратного) ліфтингу;

2) група методів сегментарного (шовного) ліфтингу;

3) група методів циркулярно-сегментарного (апаратно-шовного) ліфтингу.

Поділ класу методів ліфтингу (гемороїдопексії) та дезартеризації верхньої прямокишкової артерії на зазначені групи є принциповим, оскільки виявляє суттєві відмінності методів у наведених групах. Всі апаратні методи ліфтингу є стандартизованими, швидко виконуються та забезпечують циркулярний ліфтинг, який дає добрий косметичний ефект при рівномірному випадіння всіх груп гемороїдальних вузлів. Основним недоліком методів циркулярного ліфтингу є неможливість виконання адекватної гемороїдопексії всіх груп гемороїдальних вузлів у випадках їх нерівномірного пролабування. Натомість методи сегментарного ліфтингу дають можливість виконувати достатню гемороїдопексію з урахуванням індивідуальних особливостей пролабування гемороїдальних вузлів, проте ці методи за рахунок накладання ручного шва є більш трудомісткими. Методи циркулярно-сегментарного ліфтингу акумулюють позитивні риси методів попередній двох груп та нівелюють їх негативні сторони, а тому є більш перспективними.

До групи методів циркулярного ліфтингу відноситься операція Лонго. До групи методів сегментарного ліфтингу відноситься операція прошивання дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії під доплерометричним контролем з додатковою гемороїдопексією обвивним швом (методика THD, AMI). До циркулярно-сегментарних методів відноситься модифікована операція Лонго з додатковою гемороїдопексією.

Клас комбінованих методів включає різноманітні методи лікування, які класифікуються у вищезазначених п'яти класах. Використання різними авторами комбінації методів з різними способами впливу на патогенез гемороїдальної хвороби має на меті найчастіше за все нівелювати негативні риси кожного з методів, або підвищити їх ефективність за допомогою кумулювання позитивних рис методів, що складають комбінований метод лікування. До комбінованих методів лікування відносяться (як приклад): шовна дезартеризація дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії з перев'язкою внутрішніх гемороїдальних вузлів (гемороїдектомія з анопексією за Владичуком-Мальцевим), шовна дезартеризація дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії під доплерометричним контролем з латексним лігуванням внутрішніх гемороїдальних вузлів [17], електротермічна дезартеризація дистальних гілок

верхньої прямокишкової артерії з латексним лігуванням внутрішніх гемороїдальних вузлів [14], апаратна резекція слизово-підслизового шару нижньо-оампулярного відділу прямої кишки з закритою гемороїдектомією [13], холодова дилатація анального сфінктера з інфрачервоною фотокоагуляцією судинних гемороїдальних ніжок [15] тощо.

Висновки. 1. Запропонована патогенетична класифікація методів хірургічного лікування геморою передбачає виділення наступних класифікаційних одиниць: категорія, клас та група методів хірургічного лікування.

2. З точки зору патогенезу геморою пропонується виділити дві принципові категорії методів хірургічного лікування геморою (залежно від фактора патогенезу, на який вони впливають): 1) методи спрямовані на усунення гемодинамічного фактора розвитку геморою та 2) методи спрямовані на усунення гемодинамічного та механічного фактора розвитку геморою.

3. Зважаючи на те, що в патогенезі хронічного геморою I-II стадії провідну роль відіграє гемодинамічний фактор при цій стадії патогенетично обгрунтованим є використання методів першої категорії. Тоді як в патогенезі хронічного геморою III-IV стадії на перший план виступає механічний фактор, тому патогенетично обгрунтованими при цій стадії геморою є методи другої категорії.

3. Залежно від способу впливу на фактори патогенезу геморою пропонується виділити шість класів методів хірургічного лікування геморою: 1) методи дезартеризації верхньої прямокишкової артерії; 2) методи зменшення маси кавернозної тканини; 3) методи зниження внутрішньоанального тиску; 4) методи ліфтингу (гемороїдопексії) та дезартеризації верхньої прямокишкової артерії; 5) методи повної редукції кавернозної тканини (гемороїдектомії), 6) методи комбінованого впливу.

4. В кожному класі методів пропонується виділити групи методів хірургічного лікування геморою, які мають спільні суттєві риси в методиці виконання, які в значній мірі впливають на результати хірургічного лікування геморою.

5. Запропонована патогенетична класифікація методів лікування геморою має наступні переваги: кожна класифікаційна одиниця розкриває певний рівень патофізіологічної сутності конкретного методу хірургічного лікування геморою; класифікація є універсальною, оскільки може включати в себе як методи які мають історичне значення, використовуються до сьогодні, так і методи лікування, що будуть розроблятися у майбутньому без порушення основної класифікаційної структури.

ЛІТЕРАТУРА

1. Акопян Э.Б. Хирургическое лечение геморроя / Э.Б. Акопян, Л.У. Назаров, С.Г. Багдасарян // Вестн. хир. им. Грекова. — 1989. — Т. 142, № 6. — С. 113—116.
2. Березницький Я. С. Хірургія / Я. С. Березницький, М. П. Захараш, В.Г. Мішалов [та ін.] — Т. I. — Дніпропетровськ: РВА «Дніпро—VAL», 2006. — 443 с.

3. Васильев С.В. Открытая геморроидэктомия с использованием аппаратно-контролируемой биполярной электрокоагуляции / Васильев С.В. и др. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2004. — Т. 163, № 4. — С. 75—78
4. Воробьев Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный. — М.: Митра-Пресс, 2002. — 192 с.
5. Воробьев Г.И. Клиническая колопроктология / Г.И. Воробьев. — М.: МИА, 2006. — 431 с.
6. Діброва В.А. Дослідження зв'язку між ангіоархітектонікою верхньої прямокишкової артерії та результатами лікування хворих на хронічний геморой I—II стадії за методикою інфрачервоної фотокоагуляції / В.А. Діброва, І.А. Лурін І.А. та ін. // Науковий вісник. — 2008. — № 3. — С. 162—167.
7. Захараш М.П. Сучасні принципи діагностики та лікування геморою / М.П. Захараш, О.І. Пойда, В.М. Мальцев. — К., 2002. — 23 с.
8. Ковальський М.П. Ангіоархітектоніка дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії в нижньоампулярному відділі прямої кишки / М.П. Ковальський, В.А. Діброва, Є.В. Цема // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. — 2008. — № 4. — С. 6—10.
9. Мішалов В.Г. Хірургічне лікування геморою / В.Г. Мішалов, В.Г. Діброва, Є.В. Цема // Хірургія України. — 2008. — № 3. — С. 67—86.
10. Мухашавриа Г.А., Карабаки М.А. Модификация радикальной геморроидэктомии / Г.А. Мухашавриа, М.А. Карабаки // Международный медицинский журнал. — 2001. — № 4. — С. 356—359.
11. Палагин Е.К. Клинико-анатомические особенности лазерной геморроидэктомии / Е.К. Палагин // Воен.—мед. журн. — 1989. — № 8. — С. 35—37.
12. Патент № 2065727 РФ. Способ лечения хронического геморроя / Е.В. Галкин, опубл. 27.08.1996 р.
13. Патент № 19120 Україна. Спосіб хірургічного лікування геморою / С.С. Подпратов; опубл. 15.12.2006, бюл. № 12
14. Патент № 27984 Україна. Спосіб малоінвазивного хірургічного лікування хронічного внутрішнього геморою / І.А. Лурін, В.Г. Конев та ін.; опубл. 26.11.07, бюл. № 19.
15. Патент № 30828. Спосіб лікування геморою Проценка О.М. / О.М. Проценка; опубл. 15.12.2000, бюл. № 7.
16. Патент № 36225 Україна. Спосіб хірургічного лікування геморою черезслизово / С.С. Подпратов; опубл. 27.10.2008, бюл. № 20.
17. Патент № 39815 Україна. Спосіб хірургічного лікування хронічного внутрішнього геморою / І.А. Лурін, А.А. Шудрак та ін.; опубл. 10.03.09, бюл. № 5.
18. Патент № 40438 Україна. Спосіб хірургічного лікування хронічного внутрішнього геморою / А.А. Шудрак, О.І. Уманець, Є.В. Цема та ін.; опубл. 10.04.09, бюл. № 7.
19. Патент № 51085 Україна. Спосіб хірургічного лікування хронічного геморою I—III стадії / В.Г. Мішалов, Є.В. Цема, І.А. Лурін; опубл. 25.06.10, бюл. № 12.
20. Федоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология / В.Д. Федоров, Г.И. Воробьев, В.Л. Ривкин. — М.: ГНЦ проктологии, 1994. — 432 с.
21. Beck D.E. Hemorrhoidal disease. In Beck D.E., Wexner S.D. Fundamentals of anorectal surgery. 2nd ed, Saunders, Philadelphia. — 1998. — P. 237—253.
22. Ruiz—Moreno F. Hemorrhoidectomy — how I do it; Semiclosed technique // Dis. Colon Rectum. — 1977. — Vol. 20. — P. 177—182.
23. Senagore A.J. Procedure for Prolapse and Hemorrhoids (PPH) Multicenter Study Group. A prospective, randomized, controlled multicenter trial comparing stapled hemorrhoidopexy and Ferguson hemorrhoidectomy: perioperative and one—year results / A.J. Senagore et al. // Dis. Colon Rectum. — 2004. — Vol. 47, № 11. — P. 1824—1836.

SUMMARY

CLASSIFICATION OF METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHOIDS

Mishalov V.G., Shudrak A.A., Tsema E.V.

To design universal pathogenetic classification of methods of surgical treatment of hemorrhoids on the basis of the analysis of pathogenesis' peculiarity of hemorrhoidal disease.

It has been performed the analysis of the pathogenesis' peculiarity of hemorrhoidal disease, which acts the important part in systematization of the methods of surgical treatment of hemorrhoids in essence. The main methods of influencing to pathogenesis of hemorrhoidal disease are abstracted and separated, which are using in modern methods of surgical treatment of hemorrhoids: the lifting (or hemorrhoidopexy), the decrease anal pressure, the desarterisation of upper rectal artery, the partial reduction and destruction of cavernous tissues, the full reduction of cavernous tissues. Its directions in treatment of hemorrhoids are laid in the basis of classification of the methods of surgical treatment of hemorrhoids.

Proposed pathogenetic classification of methods of surgical treatment of hemorrhoids foresees separating the next classification units: the category, the class and the group of methods of surgical treatment.

It have been proposed to separate six classes of methods of surgical treatment hemorrhoids: 1) the methods of desarterisation of upper rectal artery, 2) the methods of decrease of cavernous tissues' mass, 3) the methods of decrease of anal pressure, 4) the methods of full reduction of cavernous tissues (hemorrhoidectomy), 5) the methods of lifting (hemorrhoidopexy) and desarterisation of upper rectal artery, 6) the methods of combined influence. It has been proposed to separate groups of methods of surgical treatment of hemorrhoids in each class of the methods, which have common essential features in technique of operation. Its features essential influences to results of treatment and structure of possible complications.

Key words: hemorrhoids, surgical treatment, classification