

УДК 616.147.17-007.64-089.819



А.А. Шудрак

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ I—II СТАДИИ (ПРОСПЕКТИВНОЕ ДВУХЛЕТНЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Главный военно-медицинский клинический ордена Красной Звезды центр «ГВКГ» МО Украины, Киев

Цель работы — сравнительная оценка эффективности малоинвазивных методов лечения хронического геморроя (ХГ) I и II стадии в ближайший и отдаленный двухлетний период наблюдения.

Материалы и методы. Прооперировано 578 больных хроническим геморроем I (275) и II (303) стадий в период с 2001 по 2010 г. Мужчин было 373 (64,5 %), женщин — 205 (35,5 %), средний возраст — $(41,09 \pm 0,41)$ года. Использовали три методики: инфракрасную фотокоагуляцию геморроидальных узлов (ГУ) — группа ИКФК (147 больных), лигирование ГУ с помощью латексных колец — группа ЛК (237 больных), трансанальную геморроидальную деартериализацию — группа ТГД (194 больных).

Результаты и обсуждение. Через два года после операции кумулятивная частота рецидива ХГ составила 17,8 %. У больных группы ТГД она была достоверно меньшей (5,5 %), чем у больных группы ЛК (24,3 %) и группы ИКФК (25,0 %), $p < 0,001$. Наибольший прирост кумулятивной частоты рецидива ХГ наблюдали в течение первого года после операции во всех группах исследования.

Выводы. Методика ТГД при лечении хронического геморроя I—II стадии обеспечивает достоверно лучшие результаты спустя два года после операции, чем методика ИКФК и наложение ЛК. Так, отсутствие рецидива заболевания после выполнения ТГД отмечали у 94,5 % больных по сравнению с 75,7 % после наложения ЛК и 75,0 % — после ИКФК, $p < 0,001$.

Ключевые слова: хронический геморрой, инфракрасная фотокоагуляция, трансанальная геморроидальная деартериализация, латексные кольца.

Геморрой относится к числу наиболее распространенных заболеваний человечества и встречается у 130—150 человек на 1000 взрослого населения, в том числе у почти 80 % лиц трудоспособного возраста [1, 3, 4]. Удельный вес больных хроническим геморроем (ХГ) в структуре колопроктологических заболеваний составляет от 32 до 42 % [2, 8], а операции по поводу ХГ занимают первое место в структуре оперативных вмешательств, которые проводятся в колопроктологическом отделении или центре [1, 3]. В последние десятилетия широко внедряются малоинвазивные методы лечения ХГ: латексное лигирование геморроидальных узлов (ГУ), инфракрасная фотокоагуляция ГУ, склеротерапия ГУ, криотерапия ГУ, трансанальная геморроидальная

деартеризация, электросварка и др. [6, 7, 9, 10], что позволяет получить хорошие непосредственные результаты лечения, особенно на ранних стадиях развития заболевания. В то же время отдаленные результаты лечения начальных стадий ХГ с помощью малоинвазивных методик, особенно в сравнительном аспекте, изучены недостаточно [11].

Цель работы — проведение сравнительной оценки эффективности малоинвазивных методов лечения хронического геморроя I и II стадий в ближайший и отдаленный период.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование, выполненное в период с 2001 по 2010 г. вошло 578 больных ХГ

Т а б л и ц а 1
Распределение больных по группам
в зависимости от стадии ХГ

| Стадия ХГ | ИКФК | ЛК | ТГД | Всего |
|-----------|------|-----|-----|-------|
| Первая | 95 | 129 | 51 | 275 |
| Вторая | 52 | 108 | 143 | 303 |
| Всего | 147 | 237 | 194 | 578 |

(275 — с первой и 303 — со второй стадией заболевания соответственно классификации [12]). Для лечения ХГ использовали три методики: инфракрасную фотокоагуляцию ГУ (группа ИКФК), лигирование ГУ с помощью латексных колец (группа ЛК), трансанальную геморроидальную деартериализацию (группа ТГД). Больным группы ТГД операцию выполняли в изолированном виде при первой стадии ХГ и в сочетании с лифтингом геморроидальных узлов (48 случаев) или наложением на них латексных колец (95) — при второй стадии ХГ.

Лечение больных группы ЛК проводили в два этапа. На первом этапе накладывали латексные кольца на два геморроидальных узла, на втором (спустя 3—5 суток) — на один узел.

Распределение больных по группам в зависимости от стадии ХГ представлено в табл. 1

Эффективность лечения оценивали по следующим критериям. В ранний послеоперационный период:

- длительность операции;
- частота кровотечения;
- частота острого тромбоза ГУ;
- наличие боли, требующей применения обезболивающих наркотических препаратов;
- длительность потери трудоспособности.

В отдаленный послеоперационный период эффект лечения оценивали как удовлетворительный при отсутствии рецидива ХГ и как неудовлетворительный при наличии рецидива ХГ.

В исследование включено 373 (64,5 %) мужчины и 205 (35,5 %) женщин (табл. 2).

Соотношение мужчин и женщин достоверно не отличалось между группами исследования, как в целом, так для каждой стадии ХГ (все $p > 0,05$).

Возраст больных — от 19 до 67 лет, средний возраст — $(41,09 \pm 0,41)$ года. Распределение больных по возрасту приведено на рис. 1.

Средний возраст больных с разными стадиями ХГ достоверно не отличался ($p > 0,05$). Также не выявлено достоверных различий по среднему возрасту у больных, принадлежавших к разным группам исследования (все $p > 0,05$) (рис. 2).

Длительность ХГ составляла от 1 года до 17 лет, в среднем — $(8,6 \pm 0,2)$ года: в случае первой стадии ХГ — от 1 года до 16 лет, в среднем $(7,8 \pm 0,2)$ года, в случае второй стадии ХГ — от 3 до 17 лет, в среднем $(9,3 \pm 0,2)$ года ($p = 0,001$). Распределение больных по длительности заболевания приведено на рис. 3.

Согласно тесту ANOVA достоверных различий в продолжительности ХГ между группами больных, как при первой, так и при второй стадии заболевания не было (все $p > 0,05$). На рис. 4 приведены медианы и межквартильный размах значений

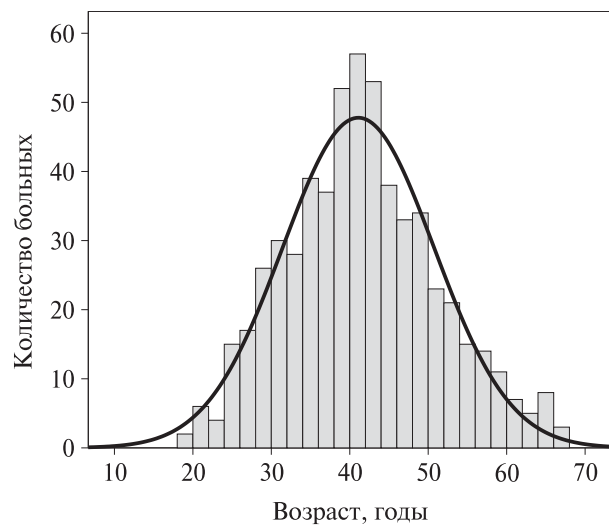


Рис. 1. Распределение больных по возрасту (с нормальной кривой)

Т а б л и ц а 2
Распределение больных ХГ по полу в группах в зависимости от стадии заболевания

| Стадия ХГ | Пол | ИКФК | ЛК | ТГД | Всего |
|-----------|---------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Первая | Мужчины | 63 (66,3 %) | 82 (63,6 %) | 33 (64,7 %) | 178 (64,7 %) |
| | Женщины | 32 (33,7 %) | 47 (36,4 %) | 18 (35,3 %) | 97 (35,3 %) |
| | Всего | 95 | 129 | 61 | 275 |
| Вторая | Мужчины | 34 (65,4 %) | 69 (63,9 %) | 92 (64,3 %) | 195 (64,4 %) |
| | Женщины | 18 (34,6 %) | 39 (36,1 %) | 51 (35,7 %) | 108 (35,6 %) |
| | Всего | 52 | 108 | 143 | 303 |

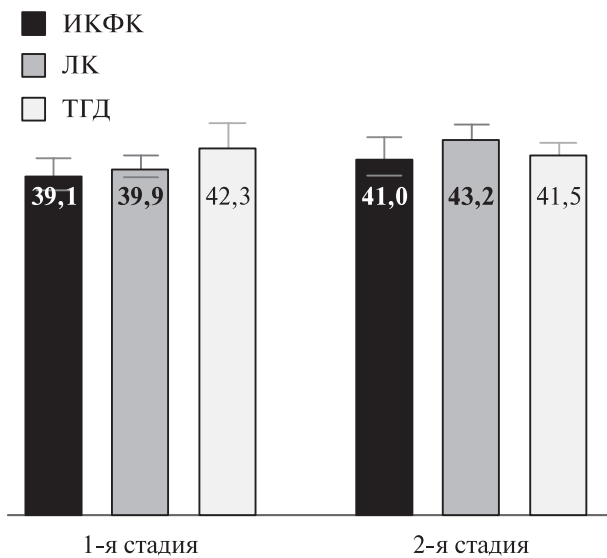


Рис. 2. Средний возраст больных в группах исследования при разных стадиях ХГ, годы

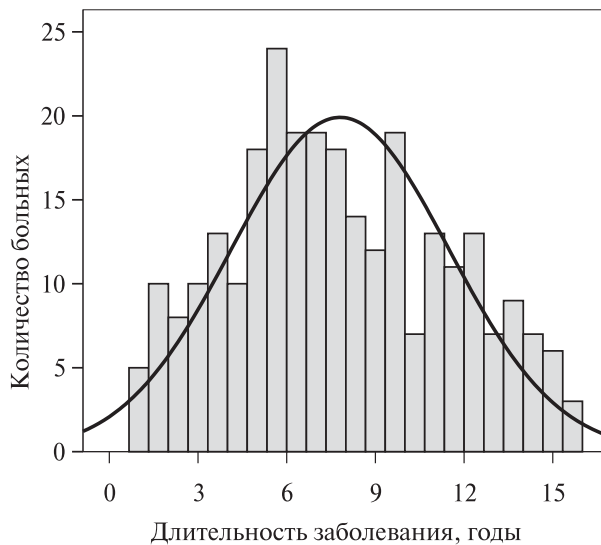


Рис. 3. Распределение больных ХГ по длительности заболевания

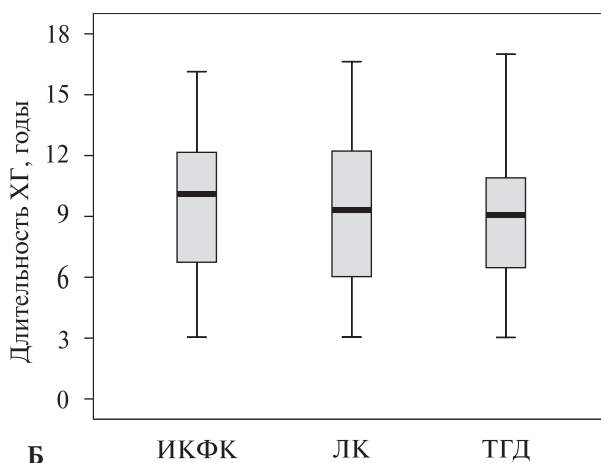
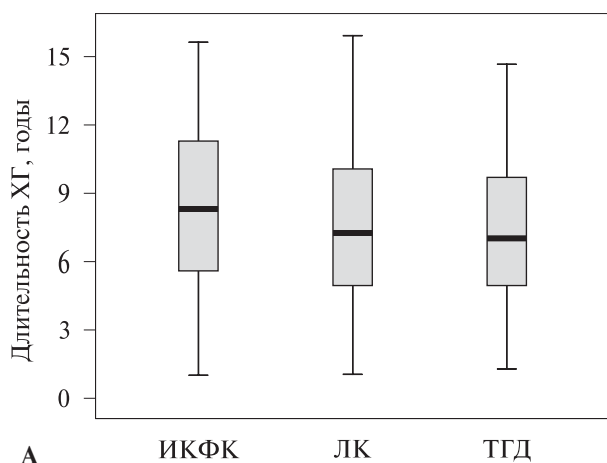


Рис. 4. Медианы и межквартильный размах значений длительности ХГ в группах исследования больных при 1-й (А) и 2-й (Б) стадиях заболевания

длительности ХГ в группах исследования больных при разных стадиях заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оперативное лечение больных ХГ в группах ИКФК и ЛК не сопровождалось интраоперационными осложнениями и болевым синдромом. В то же время у 19 (9,8 %) больных группы ТГД возникли подслизистые гематомы с незначительным кровотечением, что было достоверно чаще по сравнению с другими группами ($p < 0,05$). При этом у больных группы ТГД с первой стадией ХГ частота этого осложнения достоверно не отличалась от таковой у больных со второй стадией: 4 (7,8 %) и 15 (10,5 %) больных соответственно ($p = 0,59$). У больных, которым была выполнена ТГД в сочетании с лигированием с помощью ла-

тексных колец, и пациентов, у которых провели ТГД в сочетании с лифтингом, частота подслизистых гематом статистически не отличалась: 10 (10,5 %) и 5 (10,4 %) соответственно.

Средняя продолжительность оперативного лечения была наименьшей у больных группы ИКФК — ($3,95 \pm 0,06$) мин, наибольшей — в случае выполнения ТГД в изолированном виде и в сочетании с другими операциями ($31,35 \pm 0,42$ мин); продолжительность операции у больных группы ЛК составляла в среднем ($9,60 \pm 0,16$) мин. Средние значения продолжительности операции при разных методиках достоверно отличались друг от друга независимо от стадии ХГ (все $p < 0,01$; табл. 3).

Достоверные различия в длительности оперативного вмешательства между группами были характерны для больных как с первой, так и со вто-

Т а б л и ц а 3

Продолжительность оперативного лечения в группах в зависимости от стадии ХГ, мин

| Группа | Стадия ХГ | Min | Max | M ± m | |
|---------------|------------------|-----|-----|--------------|--|
| ИКФК | Первая (n = 95) | 3 | 5 | 3,89 ± 0,07 | |
| | Вторая (n = 50) | 3 | 5 | 4,08 ± 0,12 | |
| ЛК | Первая (n = 129) | 6 | 15 | 9,33 ± 0,13 | |
| | Вторая (n = 110) | 7 | 16 | 9,89 ± 0,24 | |
| ТГД | Первая (n = 51) | 17 | 34 | 25,39 ± 0,59 | |
| ТГД и ЛК | Вторая (n = 95) | 25 | 45 | 32,66 ± 0,47 | |
| ТГД и лифтинг | Вторая (n = 48) | 27 | 47 | 35,06 ± 0,73 | |

Т а б л и ц а 4

Частота осложнений в ранний послеоперационный период в зависимости от стадии ХГ

| Осложнение | ИКФК (n = 147) | | ЛК (n = 147) | | ТГД (n = 194) | | Всего (n = 578) |
|--------------|----------------|-------------|--------------|--------------|---------------|--------------|-----------------|
| | I (n = 95) | II (n = 52) | I (n = 129) | II (n = 108) | I (n = 51) | II (n = 143) | |
| Боль | 0 | 0 | 11 (8,5 %) | 11 (10,2 %) | 4 (7,8 %) | 11 (7,7 %) | 35 (6,1 %) |
| Тромбоз ГУ | 3 (3,2 %) | 2 (3,8 %) | 5 (3,9 %) | 5 (4,6 %) | 1 (2,0 %) | 6 (4,2 %) | 22 (3,8 %) |
| Кровотечение | 0 | 1 (1,9 %) | 10 (7,8 %) | 12 (11,1 %) | 2 (3,9 %) | 4 (2,8 %) | 29 (5,0 %) |

рой стадиями ХГ. В то же время этот показатель достоверно не отличался при однотипных операциях при разных стадиях заболевания.

В ранний послеоперационный период наличие боли, требующей применения наркотических анальгетиков (не более суток), отмечено у 35 (6,1 %), острый тромбоз ГУ — у 22 (3,8 %), кровотечение, не требовавшее применения заместительной терапии, — у 29 (5,0 %) больных (табл. 4).

Оперативное лечение с применением метода ИКФК ни в одном случае не сопровождалось выраженной болью. В группе ЛК 22 (9,3 %) больных испытывали выраженные болевые ощущения, причем большинство из них (15 (68,2 %)) — при низком расположении латексных колец (на зубчатую линию и ниже нее). В группе ТГД обезболивание потребовалось 15 (7,7 %) больным. Достоверных различий в частоте болевых ощущений, требовавших применения наркотических анальгетиков, между группами ЛК и ТГД не было ($p > 0,05$), в то же время частота была достоверно большей по сравнению с группой ИКФК (все $p > 0,05$).

Тромбоз ГУ в группах исследования отмечен приблизительно с одинаковой частотой: в группе ИКФК — у 5 (3,4 %) больных, в группе ЛК — у 10 (4,2 %), в группе ТГД — у 7 (3,6 %) (все $p < 0,05$).

В ранний послеоперационный период кровотечение, не требовавшее коррекции (20—100 мл),

зафиксировали у 1 (0,07 %) больного группы ИКФК, у 22 (9,3 %) — группы ЛК и у 8 (4,1 %) — группы ТГД ($p < 0,05$). Частота кровотечения в группе ЛК была достоверно большей, чем в группе ТГД ($p = 0,049$) и ИКФК ($p = 0,001$), и в группе ТГД по сравнению с ИКФК ($p = 0,048$).

Вероятность кровотечения у больных группы ЛК зависела от срока отхождения колец (рис. 5). Она резко уменьшалась по мере увеличения срока отхождения ЛК. При отхождении ЛК спустя 7 суток после операции риск кровотечения — низкий (вероятность кровотечения составляет менее 50 %).

В связи с необходимостью двухэтапного лечения средний срок потери трудоспособности был наибольшим у больных группы ЛК — ($4,9 \pm 0,1$) суток (рис. 6). У больных группы ТГД средний срок утраты трудоспособности был достоверно меньшим, чем у больных группы ЛК ($p = 0,01$), но большим, чем у больных группы ИКФК ($p = 0,001$).

Изучение отдаленных результатов лечения ХГ показало, что через 2 года после операции у 17,8 % больных возник рецидив заболевания (рис. 7).

Наибольший прирост частоты неудовлетворительных результатов независимо от стадии геморроя наблюдали в первый год — 15,4 %, на второй год он составил 2,4 %. Кумулятивный процент неудовлетворительных результатов был достоверно больше у больных со второй стадией ХГ (22,9 %)

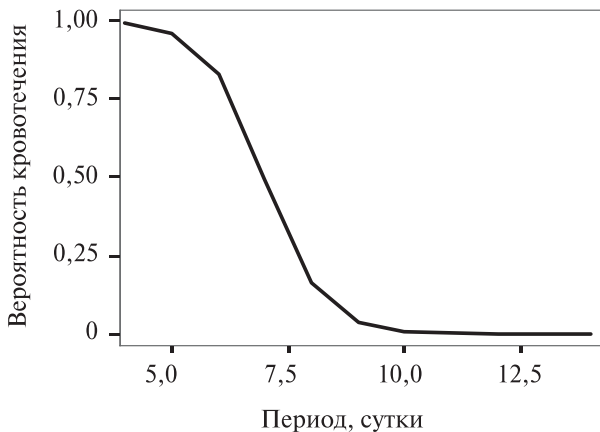


Рис. 5. Вероятность кровотечения у больных группы ЛК в зависимости от срока отхождения колец

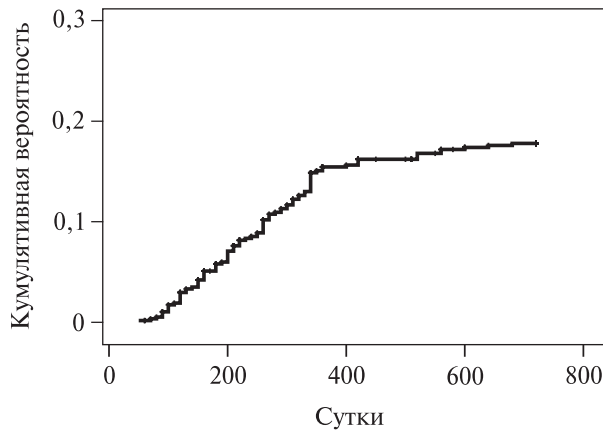


Рис. 7. Кумулятивная частота (метод Каплана—Мейера) рецидива ХГ независимо от методики лечения

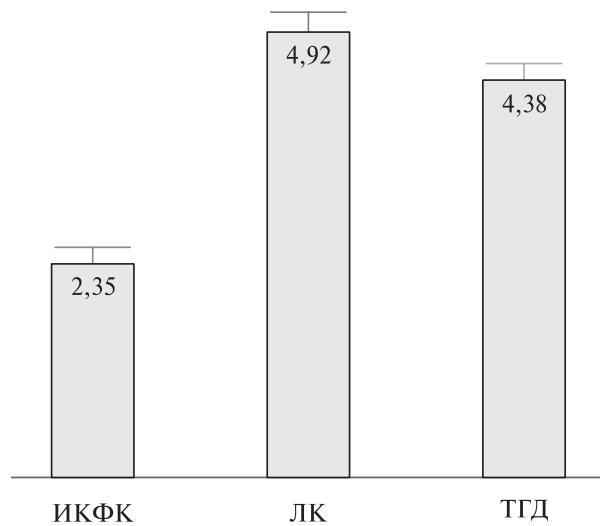


Рис. 6. Средний срок потери трудоспособности в группах исследования, сутки

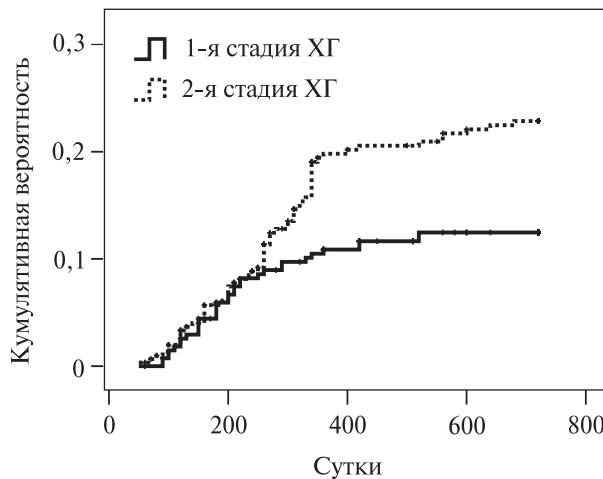


Рис. 8. Кумулятивная частота (метод Каплана—Мейера) неудовлетворительных результатов в группах больных в зависимости от стадии ХГ

по сравнению с пациентами с ХГ первой стадии (12,5 %; $p = 0,003$, регрессионный анализ Кокса) (рис. 8).

Частота и динамика прироста частоты неудовлетворительных результатов отличалась между группами исследования в каждой из стадий заболевания. На рис. 9 приведены данные о динамике частоты неудовлетворительных результатов в группах исследования при первой стадии ХГ.

В течение первого месяца после операции неудовлетворительных результатов не было. В срок до 6 мес имела место небольшая частота рецидива ХГ, примерно одинаковая в группах исследования (от 4,0 до 6,5 %, все $p > 0,05$). В дальнейшем прирост частоты неудовлетворительных результатов отличался в группах: в группе ТГД к концу года кумулятивная частота увеличилась на 2,0 %, в группе ИКФК — на 3,3 %, в группе ЛК — на 7,4 %. За второй год наблюдения прироста частоты неудовлет-

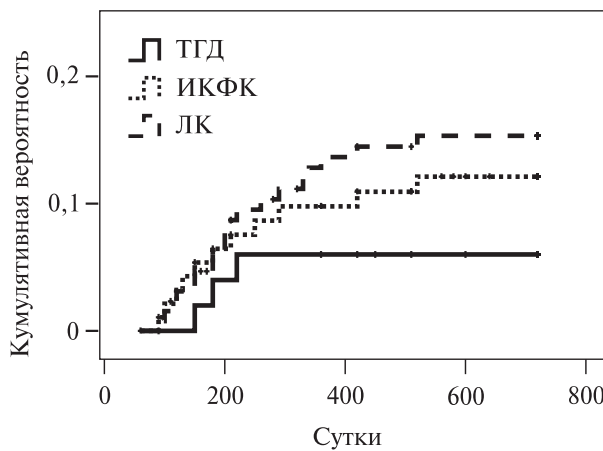


Рис. 9. Кумулятивная частота (метод Каплана—Мейера) неудовлетворительных результатов у больных ХГ первой стадии в динамике двухлетнего периода наблюдения в зависимости от группы исследования

Т а б л и ц а 5

Кумулятивная частота удовлетворительных и неудовлетворительных результатов лечения в зависимости от методики операции в контрольные сроки у больных ХГ первой стадии

| Группа | Результат | Срок наблюдения, мес | | | | |
|--------|----------------------|----------------------|---------|---------|----------|-----------|
| | | До 1 | 1,1–3,0 | 3,1–6,0 | 6,1–12,0 | 12,1–24,0 |
| ИКФК | Удовлетворительный | 100 | 98,9 | 93,5 | 90,2 | 87,9 |
| | Неудовлетворительный | 0 | 1,1 | 6,5 | 9,8 | 12,1 |
| ЛК | Удовлетворительный | 100 | 99,2 | 93,7 | 86,3 | 84,7 |
| | Неудовлетворительный | 0 | 0,8 | 6,3 | 13,7 | 15,3 |
| ТГД | Удовлетворительный | 100 | 100 | 96,0 | 94,0 | 94,0 |
| | Неудовлетворительный | 0 | 0 | 4,0 | 6,0 | 6,0 |

Т а б л и ц а 6

Кумулятивная частота удовлетворительных и неудовлетворительных результатов лечения в зависимости от методики операции в контрольные сроки у больных ХГ второй стадии

| Группа | Результат | Срок наблюдения, мес | | | | |
|---------------|----------------------|----------------------|---------|---------|----------|-----------|
| | | До 1 | 1,1–3,0 | 3,1–6,0 | 6,1–12,0 | 12,1–24,0 |
| ИКФК | Удовлетворительный | 100 | 98 | 90 | 60,7 | 54,2 |
| | Неудовлетворительный | 0 | 2 | 10 | 39,3 | 45,8 |
| ЛК | Удовлетворительный | 100 | 97,3 | 89,9 | 70,7 | 65,5 |
| | Неудовлетворительный | 0 | 2,7 | 10,1 | 29,3 | 34,5 |
| ТГД и ЛК | Удовлетворительный | 100 | 100 | 100 | 93,0 | 93,0 |
| | Неудовлетворительный | 0 | 0 | 0 | 3,5 | 3,5 |
| ТГД и лифтинг | Удовлетворительный | 100 | 100 | 97,9 | 97,9 | 97,9 |
| | Неудовлетворительный | 0 | 0 | 2,1 | 2,1 | 2,1 |

ворительных результатов в группе ТГД не отметили, в группах ИКФК и ЛК этот показатель составил 2,3 и 1,6 % соответственно (табл. 5).

У больных ХГ первой стадии наименьшая двухлетняя частота неудовлетворительных результатов отмечена в группе ТГД — 6,0 %, наибольшая у больных группы ЛК — 15,3 %, у больных группы ИКФК этот показатель составил 12,1 %.

Таким образом, через 2 года после операции частота удовлетворительных результатов была существенно больше в группе ТГД (94,0 %) по сравнению с больными групп ИКФК (87,9 %) и ЛК (84,7 %) ($p < 0,05$).

Динамика двухлетней частоты неудовлетворительных результатов в зависимости от метода лечения ХГ второй стадии приведена на рис. 10.

При второй стадии ХГ, также как и при первой, в течение первого месяца после операции не было

неудовлетворительных результатов ни в одной из групп исследования. У больных, которым выполняли ТГД, отмечен незначительный прирост частоты неудовлетворительных результатов только в период с 6 до 12 мес, в случае дополнения операции наложением латексных колец (до 3,5 %) и с 3 до 6 мес при дополнительном выполнении лифтинга (до 2,1 %) (табл. 6). В дальнейшем в этих группах неудовлетворительных результатов не зафиксировали. В то же время у больных групп ИКФК и ЛК в период от 3 мес до 1 года зарегистрирован значительный прирост частоты неудовлетворительных результатов — до 39,3 и 29,3 % соответственно. В последующий год увеличение кумулятивной частоты неудовлетворительных результатов продолжалось, но меньшими темпами. К концу второго года их частота в группах ИКФК и ЛК была достоверно больше, чем в группах ТГД

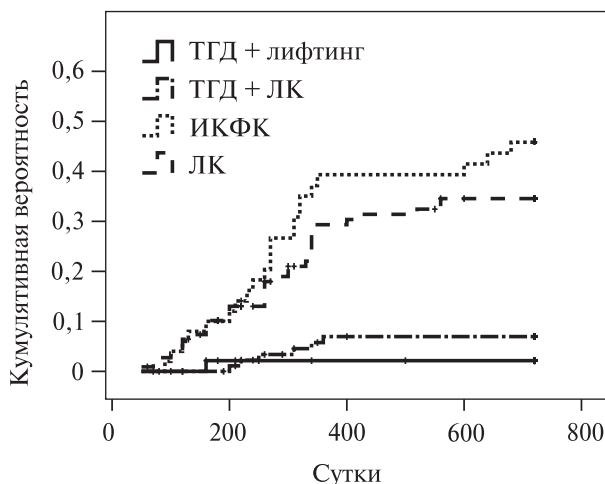


Рис. 10. Кумулятивная частота (метод Каплана—Мейера) неудовлетворительных результатов у больных ХГ второй стадии в течение двухлетнего наблюдения в зависимости от группы исследования

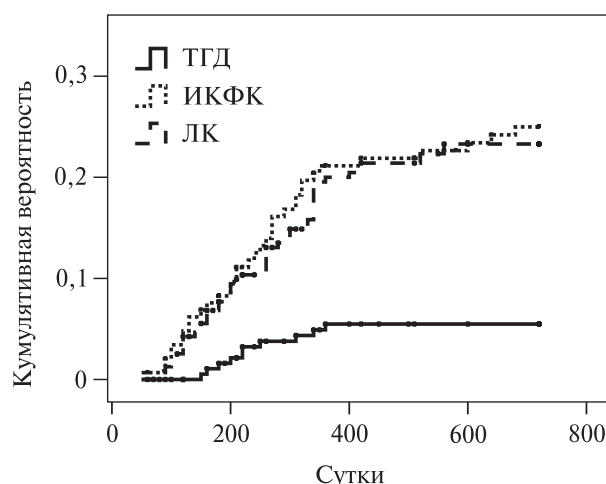


Рис. 11. Кумулятивная частота (метод Каплана—Мейера) неудовлетворительных результатов у больных ХГ первой и второй стадии в течение двухлетнего наблюдения в зависимости от группы исследования

с наложением латексных колец и ТГД с лифтингом ($p < 0,001$).

Сравнительная оценка двухлетних результатов хирургического лечения ХГ первой и второй степени разными методами выявила одинаковую эффективность методики ИКФК и наложения ЛК, которая была хуже методики ТГД (рис. 11). Так, кумулятивная частота неудовлетворительных результатов у больных группы ИКФК к концу второго года наблюдения составила 25,0 %, у больных группы ЛК — 24,3 % ($p > 0,05$), а у больных группы ТГД — 5,5 % ($p < 0,001$).

Таким образом, проведенное исследование показало, что используемые методики лечения ХГ первой и второй стадии отличаются друг от друга по характеру течения ближайшего послеоперационного периода и отдаленным результатам. Методика ТГД представляется более продолжительной и трудоемкой по сравнению с методикой ИКФК и наложения ЛК. Кроме того, она сопровождается достоверно большей частотой подслизистых гематом и интраоперационной геморрагии. В то же время частота послеоперационного кровотечения (не требовав-

шего проведения заместительной терапии) и средний срок временной потери трудоспособности были большими после наложения ЛК. Учитывая эти факты, методика ИКФК выглядит наименее травматичной по сравнению с другими. Однако оценка отдаленных результатов показывает, что наиболее эффективной для исключения рецидива заболевания в течение двухлетнего периода наблюдения является методика ТГД для больных ХГ как первой, так и второй стадии.

ВЫВОДЫ

Методика трансанальной геморроидальной деартериализации при лечении хронического геморроя первой и второй стадии обеспечивает достоверно лучшие результаты спустя два года после операции, чем методики инфракрасной фотокоагуляции геморроидальных узлов и наложения латексных колец. Так, отсутствие рецидива заболевания после трансанальной геморроидальной деартериализации отмечали у 94,5 % больных по сравнению с 75,7 % после наложения латексных колец и 75,0 % после инфракрасной фотокоагуляции ($p < 0,001$).

Литература

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии.— М.: Кн. изд-во, 2006.— 431 с.
2. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой.— М.: Митра-пресс, 2002.— 192 с.
3. Захараш М.П., Подряпов С.С., Подряпов С.Е. та ін. Виконання електроварювання для підслизової гемороїдектомії у лікуванні

ускладненого геморою // Матеріали ІІ з'їзду колопроктологів України за міжнародною участю.— Львів, 2006.— С. 143—147.

4. Захараш М.П., Пойда О.І., Мальцев В.М. та ін. Сучасні принципи діагностики і лікування геморою: Метод. рекомендації.— К., 2002.— 24 с.
5. Шельгин Ю.А., Титов А.Ю. Результаты лигирования дистальных ветвей верхней прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии при хроническом геморрое // Хирургия.— 2003.— № 1.— С. 39—44.

6. Abdeldaim Y., Mabadeje O., Muhammad K., Mc Avinchey D. Doppler-guided haemorrhoidal arteries ligation preliminary clinical experience // *Irish Med. J.*— 2007.— Vol. 100, N 7.— P. 535—537.
7. Charua-Guindic L., Avendato-Espinosa O., Hernandez-Gasares F. Infrared photocoagulation in the treatment of haemorrhoids // *Rev. Gastroenterol. Mex.*— 1998.— Vol. 63, N 3.— P. 131—134.
8. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management // *World J. Gastroenterol.*— 2012.— Vol. 18, N 17.— P. 2009—2017.
9. McLemore E.C., Rai R., Siddiqui J. et al. Novel endoscopic delivery modality of infrared coagulation therapy for internal hemorrhoids // *Surg. Endosc.*— 2012.— Vol. 26, N 11.— P. 3082—3087.
10. Ricci M.P., Matos D., Saad S.S. Rubber band ligation and infrared photocoagulation for the outpatient treatment of hemorrhoidal disease // *Acta Cir. Bras.*— 2008.— Vol. 23, N 1.— P. 102—106.
11. Song S.G., Kim S.H. Optimal treatment of symptomatic hemorrhoids // *J. Korean Soc. Coloproctol.*— 2011.— Vol. 27, N 6.— P. 277—281.
12. Thomson W.H. The nature of haemorrhoids // *Br. J. Surg.*— 1975.— Vol. 62.— P. 542—552.

А.А. Шудрак

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕМОРОЮ І—ІІ СТАДІЇ (ПРОСПЕКТИВНЕ ДВОРІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Мета роботи — порівняльна оцінка ефективності малоінвазивних методів лікування хронічного геморою (ХГ) І і ІІ стадій у найближчий й віддалений дворічний період спостереження.

Матеріали і методи. Прооперовано 578 хворих на хронічний геморою І (275) і ІІ (303) стадій у період 2001—2010 рр. Чоловіків було 373 (64,5 %), жінок 205 (35,5 %), середній вік — (41,09 ± 0,41) року. Використовували три методики: інфрачервону фотокоагуляцію гемороїдальних вузлів (ГВ) — група ІЧФК (147 хворих), лігування ГВ з допомогою латексних кілець — група ЛК (237 хворих), трансанальну гемороїдальну деартеріалізацію — група ТГД (194 хворих).

Результати та обговорення. Через два роки після операції кумулятивна частота рецидиву ХГ становила 17,8 %. У пацієнтів групи ТГД вона була достовірно меншою (5,5 %), ніж у пацієнтів групи ЛК (24,3 %) і групи ІЧФК (25,0 %), $p < 0,001$. Найбільший приріст кумулятивної частоти рецидиву ХГ спостерігали протягом першого року після операції у всіх групах дослідження.

Висновки. Методика ТГД під час лікування хронічного геморою І—ІІ стадії забезпечує достовірно кращі результати через два роки після операції, ніж методика ІЧФК і накладення ЛК. Так, відсутність рецидиву захворювання після виконання ТГД відзначали у 94,5 % хворих проти 75,7 % після накладення ЛК та 75,0 % — після ІЧФК, $p < 0,001$.

Ключові слова: хронічний геморою, інфрачервона фотокоагуляція, трансанальна гемороїдальна деартеріалізація, латексні кільця.

А.А. Shudrak

MINIMALLY INVASIVE TREATMENT METHODS FOR CHRONIC HEMORRHOIDS STAGE I—II: COMPARATIVE EFFECTIVENESS (PROSPECTIVE TWO-YEAR STUDY)

The aim — to compare effectiveness of minimally invasive treatments for chronic hemorrhoids (HG) I and II stages in the early and remote two-year observation period.

Materials and methods. 578 patients with chronic hemorrhoids I (275) and II (303) stage from 2001 to 2010 were operated: men were 373 (64.5 %), women — 205 (35.5 %), average age was (41.09 ± 0.41) years. Three methods were used: hemorrhoids infrared photo-coagulation — IRPC group (147 patients), ligation with latex rings — LR group (237 patients), transanal hemorrhoidal dearterialization — THD group (194 patients).

Results and discussion. Two years after surgery the cumulative relapse incidence was 17.8 %. In THD groups patients it was significantly lower (5.5 %) than in LR patients (24.3 %) and IRPC group (25.0 %), $p < 0.001$. The largest increase in HG recurrence cumulative frequency was observed during the first year after surgery in all study groups.

Conclusions. THD treatment methods for chronic hemorrhoids stage I-II provides significantly better results in two years after surgery than IRPC technique and LR imposing. Thus, the absence of relapse after THD was observed in 94.5 % of patients versus 75.7 % after the LR imposition and in 75.0 % — after IRPC, $p < 0.001$.

Key words: chronic hemorrhoids, infrared photocoagulation, transanal haemorrhoidal dearterialization, latex ring.