



А.А. Шудрак

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ III—IV СТАДИИ (ПРОСПЕКТИВНОЕ ДВУХЛЕТНЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

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

Цель работы — провести сравнительную оценку эффективности разных методов лечения хронического геморроя (ХГ) III—IV стадии в ближайший и отдаленный период.

Материалы и методы. В период с 2001 по 2010 г. прооперировано 452 больных с ХГ III (310) и IV (142) стадии. Мужчин было 275 (60,8 %), женщин — 177 (39,2 %). Средний возраст — $(44,58 \pm 0,55)$ года. Использовали три методики: степлерную геморроидопексию (операцию Лонго) — у 161 (35,6 %) больного (группа Л), трансанальную геморроидальную дезартеризацию — у 42 (9,3 %) больных (группа ТГД) и геморроидэктомию по Миллигану—Моргану — у 249 (55,1 %) больных (группа ММ). Операцию Лонго выполняли по стандартной методике — подгруппа Л1 ($n = 56$) и модифицированной нами — подгруппа Л2 ($n = 105$). Группы статистически не отличались по возрасту, соотношению полов, длительности и тяжести ХГ. Эффект лечения оценивали как хороший (отсутствие косметических дефектов в аноректальной области, рецидива ХГ и рубцового сужения анального канала), удовлетворительный (наличие бахромок и/или деформирующих рубцов в аноректальной области) или неудовлетворительный (наличие рецидива ХГ или рубцового стеноза анального канала, требующих оперативного лечения).

Результаты и обсуждение. Спустя два года после операции в группе Л отмечена наибольшая частота хороших результатов (96,8 %) по сравнению с группами ТГД (67,1 %) и ММ (81,9 %) и отсутствие неудовлетворительных результатов. В группе Л установлена достоверно меньшая средняя продолжительность оперативного лечения ($(21,12 \pm 0,45)$ мин), средний объем интраоперационной кровопотери ($(22,7 \pm 1,6)$ мл), наименьшая частота послеоперационного кровотечения (1,2 %). Метод ТГД оказался наименее травматичным и сопряженным с низкой частотой интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений. Частота хороших результатов в группе ММ спустя два года была достоверно выше, чем в группе ТГД, а частота плохих результатов — ниже.

Выводы. При хирургическом лечении хронического геморроя III и IV стадии операцией выбора должна быть методика Лонго. Спустя два года после операции соотношение хороших, удовлетворительных и плохих результатов составляет 96,8; 3,2 и 0 % по сравнению с 81,9; 11,7 и 7,4 % и 67,1; 0 и 32,9 % после операции Миллигана—Моргана и ТГД соответственно, $p < 0,001$.

Ключевые слова: хронический геморрой, трансанальная геморроидальная дезартеризация, операция Лонго, операция Миллигана—Моргана.

Около 30 % больных хроническим геморроем (ХГ) обращаются за медицинской помощью к хирургу на поздних стадиях заболевания и нуждаются в радикальном лечении [1, 10]. В Украине для

лечения таких больных наибольшее распространение получила методика геморроидэктомии по Миллигану—Моргану в разных модификациях [2]. В связи с травматичностью этой операции, ре-

цидами ХГ и развитием стриктур анального канала в отдаленный послеоперационный период в последние годы при ХГ III—IV стадии стали использовать новые методики, в частности, трансанальную геморроидальную дезартеризацию (ТГД), степлерную геморроидопексию (операцию Лонго) [3, 4, 7, 8]. Преимущества новых методик у больных с запущенными стадиями ХГ, особенно в отдаленный период, оценивают неоднозначно [6, 9, 11—13]. Метод выбора хирургического лечения ХГ III—IV стадии требует обоснования.

Цель работы — провести сравнительную оценку эффективности разных методов лечения хронического геморроя III—IV стадии в ближайший и отдаленный период.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование, проведенное в период с 2001 по 2010 г., вошло 452 больных ХГ: 310 (68,6 %) — III стадии согласно классификации [12] и 142 (31,4 %) — IV. Мужчин было 275 (60,8 %), женщин — 177 (39,2 %).

Для лечения ХГ использовали три методики: степлерную геморроидопексию (операцию Лонго) — у 161 (35,6 %) больного (группа Л), ТГД — у 42 (9,3 %) больных (группа ТГД) и геморроидэктомию по Миллигану—Моргану — у 249 (55,1 %) больных (группа ММ). Операцию Лонго выполняли по стандартной методике — подгруппа Л1 (56 больных) и модифицированной нами — подгруппа Л2 (n = 105).

Модифицированная операция Лонго. Положение больного и вид анестезии такие же как при стандартной геморроидопексии. После дивульсии анального сфинктера с помощью интраоперационной трансректальной доплерометрии определяли уровень вхождения дистальных ветвей верхней прямокишечной артерии в подслизистый слой нижнеампулярного отдела прямой кишки. На этом уровне формировали внутренний кисет-

ный шов (проксимальнее внутренних геморроидальных узлов), который обеспечивал пересечение указанных артерий при выполнении циркулярной степлерной резекции слизистой-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки. После завершения циркулярной резекции слизистой-подслизистого слоя с формированием степлерного механического шва в проекции сосудистых ножек с помощью окончатого аноскопа накладывали Z-образные швы с захватом подслизистого слоя на 0,2 см выше и на 0,5 см ниже механического степлерного шва, что обеспечивало лучший гемостаз в области зоны механического шва (рис. 1).

Для лучшей репозиции внутренних геморроидальных узлов (ГУ), которые недостаточно вправлись, после аппаратной геморроидопексии их подтягивали в проксимальном направлении дополнительным обвивным спиралевидным швом путем прошивания сосудистой ножки на 0,2 см выше сформированного механического шва с последующим наложением двух-трех обвивных швов в подслизистом слое до зубчатой линии с прошиванием ГУ (рис. 2).

Группы больных достоверно не отличались по частоте ХГ III и IV стадии ($\chi^2 = 0,082$; $p = 0,960$) (табл. 1).

Также не выявлено статистических различий между группами в соотношении полов ($\chi^2 = 0,158$; $p = 0,924$) (табл. 2).

Возраст больных — от 24 до 69 лет, средний возраст — $(44,58 \pm 0,55)$ года (рис. 3).

Средний возраст больных ХГ III стадии составил $(44,19 \pm 0,5)$ года, ХГ IV стадии — $(45,42 \pm 0,7)$ года ($p = 0,22$). Не выявлено достоверных различий в среднем возрасте между группами (все $p > 0,05$) (рис. 4).

Длительность ХГ составляла от 3 до 17 лет, в среднем — $(11,27 \pm 0,19)$ года (рис. 5): при ХГ III стадии — в среднем $(11,88 \pm 0,23)$ года, при ХГ

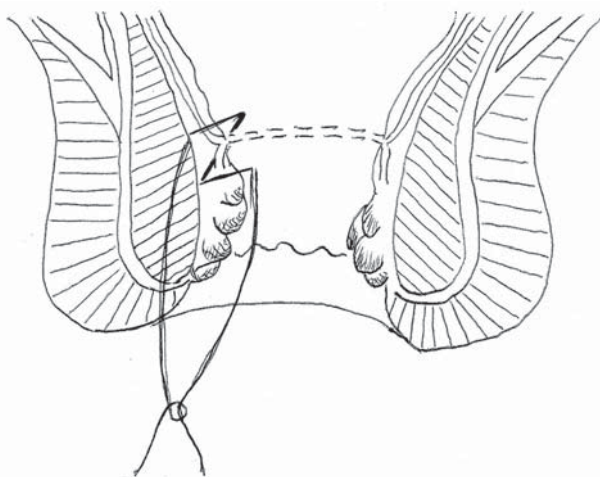


Рис. 1. Дополнительное прошивание сосудистых ножек геморроидальных узлов

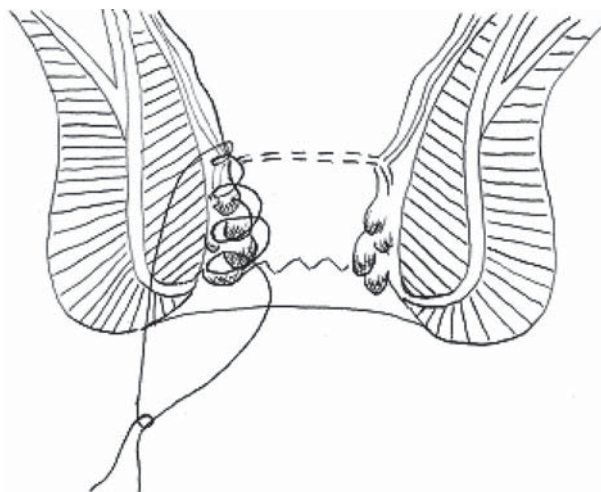


Рис. 2. Дополнительная геморроидопликация внутренних геморроидальных узлов

Таблиця 1
Стадії ХГ в групах больных

Группа	III стадия	IV стадия	Всего
ММ	171 (68,7 %)	78 (31,3 %)	249
Л	111 (68,9 %)	50 (31,1 %)	161
ТГД	28 (66,7 %)	14 (33,3 %)	42
Всего	310 (68,6 %)	142 (31,4 %)	452

Таблиця 2
Гендерная характеристика групп исследования

Группа	Мужчины	Женщины	Всего
ММ	153 (61,4 %)	96 (38,6 %)	249
Л	96 (59,6 %)	65 (40,4 %)	161
ТГД	26 (61,9 %)	16 (38,1 %)	42
Всего	275 (60,8 %)	177 (39,2 %)	452

IV стадии — $(11,47 \pm 0,39)$ года ($p > 0,05$); группе ММ — 11,4 года, в группе ТГД — 10,0 года, в группе Л — 11,5 года. Согласно результатам теста ANOVA достоверных различий в продолжительности анамнеза ХГ между группами не было (все $p > 0,05$).

Эффективность лечения в ранний послеоперационный период оценивали по следующим критериям:

- длительность операции;
- интенсивность боли в течение трех суток согласно визуальной аналоговой шкале (ВАШ) [5];
- объем кровопотери (оценивали посредством взвешивания тампонов после операции);
- частота кровотечения (учитывали кровотечения в 10-дневный послеоперационный период, требующие повторной операции);
- частота острого тромбоза геморроидальных узлов.

В отдаленный послеоперационный период эффект лечения оценивали как хороший (отсутствие косметических дефектов в аноректальной области, рецидива ХГ и рубцового сужения анального канала), удовлетворительный (наличие бахромок и/или деформирующих рубцов в аноректальной

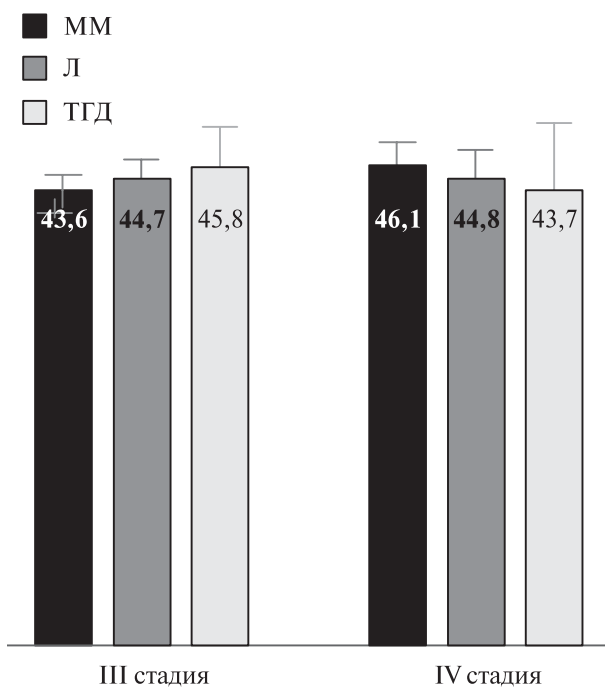


Рис. 4. Средний возраст больных в группах исследования при разных стадиях ХГ, годы

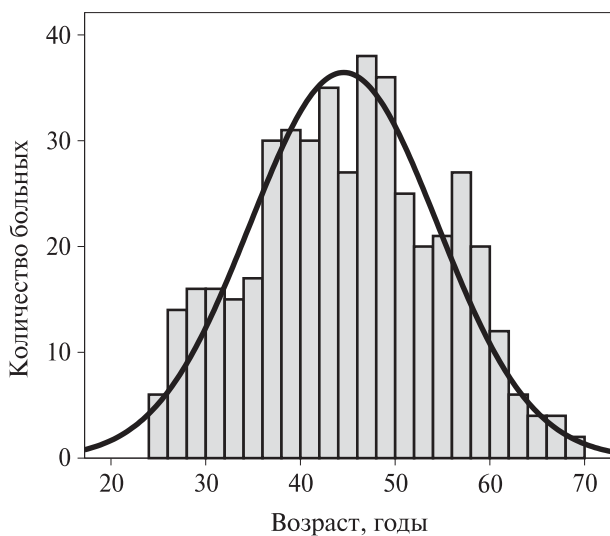


Рис. 3. Распределение больных по возрасту (с нормальной кривой)

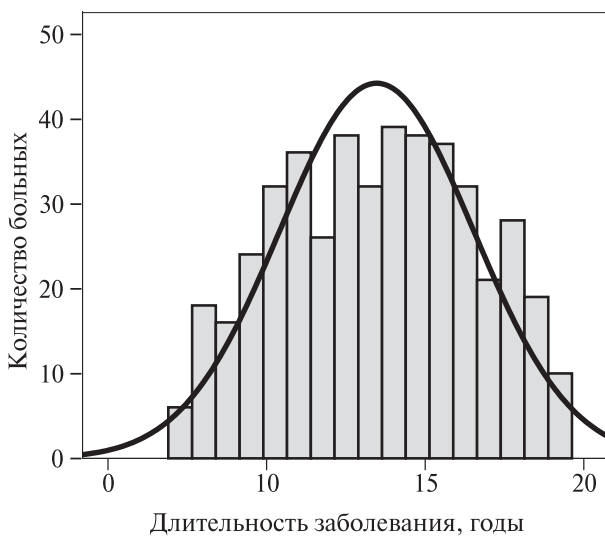


Рис. 5. Распределение больных ХГ III–IV стадии в зависимости от длительности заболевания

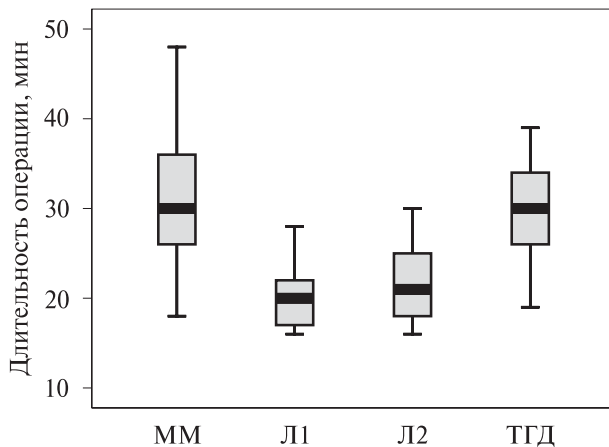


Рис. 6. Медиана и межквартильный размах длительности оперативного лечения в группах исследования

области) или неудовлетворительный (наличие рецидива ХГ или рубцового стеноза анального канала, требующих оперативного лечения).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средняя продолжительность оперативного лечения (рис. 6) была достоверно меньшей у больных, которым выполняли операцию Лонго, — $(21,12 \pm 0,45)$ мин (в подгруппе Л1 — $(20,02 \pm 0,73)$ мин, в подгруппе Л2 — $(21,70 \pm 0,41)$ мин, $p = 0,410$), тогда как у больных группы ММ она составила $(30,82 \pm 0,45)$ мин ($p < 0,001$), у больных группы ТГД — $(29,62 \pm 0,88)$ мин ($p < 0,001$). По данному

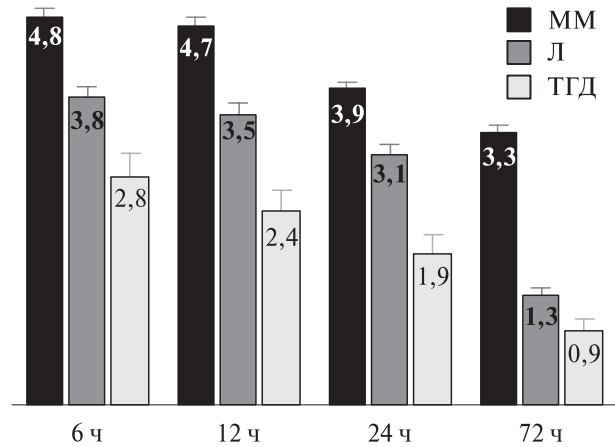


Рис. 7. Среднее значение интенсивности боли в ранний послеоперационный период в группах исследования, баллы

показателю группы ММ и ТГД достоверно не отличались ($p = 0,696$).

В ранний послеоперационный период (в первые 6, 12 и 24 ч после операции) все больные отмечали наличие боли в зоне хирургического вмешательства различной степени выраженности. Наибольшая интенсивность боли по ВАШ отмечена у больных группы ММ, наименьшая — в группе ТГД во все контрольные сроки (рис. 7, табл. 3).

Боль интенсивностью 7 баллов (боль мучительная) отмечали в первые 6 и 12 ч только больные группы ММ, боль интенсивностью 6 баллов (резкая боль) через 12 и 24 ч сохранялась лишь у боль-

Т а б л и ц а 3
Распределение больных в зависимости от интенсивности боли

Период после операции, ч	Группа	Балл по ВАШ								Всего
		0	1	2	3	4	5	6	7	
6	ММ	—	—	—	14 (5,6 %)	74 (29,7 %)	125 (50,2 %)	24 (9,6 %)	12 (4,8 %)	249
	Л	—	—	13 (8,1 %)	42 (26,1 %)	74 (46,0 %)	30 (18,6 %)	2 (1,2 %)	—	161
	ТГД	—	4 (9,5 %)	10 (23,8 %)	19 (45,2 %)	8 (19,0 %)	1 (2,4 %)	—	—	42
12	ММ	—	—	—	17 (6,8 %)	86 (34,5 %)	117 (47,0 %)	21 (8,4 %)	8 (3,2 %)	249
	Л	—	—	20 (12,4 %)	49 (30,4 %)	71 (44,1 %)	21 (13,0 %)	—	—	161
	ТГД	—	6 (14,3 %)	17 (40,5 %)	16 (38,1 %)	3 (7,1 %)	—	—	—	42
24	ММ	—	—	—	55 (22,1 %)	169 (67,9 %)	20 (8,0 %)	5 (2,0 %)	—	249
	Л	—	—	45 (28,0 %)	58 (36,0 %)	57 (35,4 %)	1 (0,6 %)	—	—	161
	ТГД	—	15 (35,7 %)	18 (42,9 %)	9 (21,4 %)	—	—	—	—	42
72	ММ	—	1 (0,4 %)	24 (9,6 %)	115 (46,2 %)	105 (42,2 %)	4 (1,6 %)	—	—	249
	Л	4 (2,5 %)	103 (64,0 %)	48 (29,8 %)	6 (3,7 %)	—	—	—	—	161
	ТГД	7 (16,7 %)	32 (76,2 %)	3 (7,1 %)	—	—	—	—	—	42

Т а б л и ц а 4

Длительность послеоперационного койко-дня и временной утраты трудоспособности в группах больных, М ± m (min—max)

Показатель	ММ	Л1	Л2	ТГД
Длительность послеоперационного койко-дня	6,1 ± 0,1 (3–10)	2,0 ± 0,1* (1–4)	2,2 ± 0,1* (1–6)	1,5 ± 0,1* (1–4)
Длительность утраты трудоспособности	14,9 ± 0,1 (13–17)	5,4 ± 0,3* (3–8)	5,4 ± 0,2* (3–8)	5,6 ± 0,3* (3–8)

* Различия относительно группы ММ статистически значимы ($p < 0,05$).

ных этой группы. В первые сутки в группе ММ часто (в 50,2 % случаев) регистрировали боль в 5 баллов (боль сильная), в группе Л (в 46,0 %) — в 4 балла (боль умеренная), в группе ТГД (в 45,2 %) — в 3 балла (боль слабая). Через 72 ч у большей части больных группы Л отмечена боль интенсивностью 1 и 2 балла (боль легкая), группы ТГД — 0 и 1 балл, группы ММ — 3 и 4 балла. Во все сроки исследования распределение больных по интенсивности боли достоверно отличалось между группами ($p < 0,05$). При этом в группе ТГД доля больных с меньшими показателями в каждый срок исследования была большей, чем в других группах, а в группе ММ — меньшей.

В послеоперационный период наличие боли, требующей применения наркотических анальгетиков, зафиксировано у всех больных группы ММ — от 1 до 16 доз, в среднем — (5,7 ± 0,2) дозы, у 28 (66,7 %) больных группы ТГД — от 1 до 2 доз, в среднем — (0,52 ± 0,09) дозы, у 49 (87,5 %) больных группы Л1 — от 1 до 6 доз, в среднем — (1,82 ± 0,15) дозы, у 91 (86,7 %) больного группы Л2 — от 1 до 7 доз, в среднем — (1,68 ± 0,10) дозы.

Среднее количество доз наркотических анальгетиков было достоверно большим у больных группы ММ по сравнению с другими группами ($p < 0,05$), а у больных группы ТГД — меньшим, чем в подгруппах Л1 и Л2 ($p < 0,05$).

Объем интраоперационной кровопотери оценили у 52 больных группы ММ и у 48 — подгрупп Л1, Л2, ТГД. Наибольший средний объем интраоперационной кровопотери зарегистрировали в группе больных ММ — (100,6 ± 5,4) мл (от 45 до 195 мл), наименьший — у больных подгрупп Л1 и Л2: (22,5 ± 1,6) мл (от 5 до 49 мл) и (23,1 ± 1,7) мл (от 5 до 50 мл) соответственно ($p < 0,01$). У больных группы ТГД средний объем интраоперационной кровопотери составил (45,3 ± 3,2) мл (от 15 до 97 мл) и был достоверно большим, чем у больных подгрупп Л1 и Л2, но меньшим, чем у больных группы ТГД (все $p < 0,01$).

Из 452 больных у 16 (3,5 %) в ранний послеоперационный период возникло кровотечение, которое потребовало повторной операции: у 13 (5,2 %) — в группе ММ, у 2 (1,2 %) — группы Л ($p = 0,036$), у 1 (2,4 %) — в группе ТГД ($p = 0,426$).

Частота тромбоза ГУ статистически не отличалась между группами, хотя была несколько боль-

шей в группе ММ (7 (2,8 %) больных) по сравнению с группой Л (3 (1,8 %)) и группой ТГД (1 (2,4 %)) (все $p > 0,05$).

Длительность послеоперационного койко-дня и временной утраты трудоспособности статистически не отличались у больных групп Л и ТГД и были достоверно меньшими по сравнению с группой ММ (табл. 4).

Спустя два года после операции кумулятивная частота хороших результатов составила 85,8 % (рис. 8).

Согласно данным двухлетнего мониторинга, наиболее эффективной методикой лечения оказалась операция Лонго. К концу второго года исследования частота хороших результатов в группе Л составила 96,8 %, тогда как в группе ММ — 81,9 % ($p < 0,01$), а в группе ТГД — 67,1 % ($p < 0,001$) (рис. 9).

В группе Л не было неудовлетворительных результатов, тогда как в группе ММ их частота составила 6,4 %, а в группе ТГД — 32,9 % (рис. 10).

Неудовлетворительные результаты в группе ТГД объясняются исключительно рецидивом заболевания, тогда как в группе ММ — как рецидивом ХГ (3,5 %), так и рубцовым стенозом анального канала (2,9 %). Неудовлетворительные результаты регистрировали в сроки от 3 до 15 мес (рис. 11). В

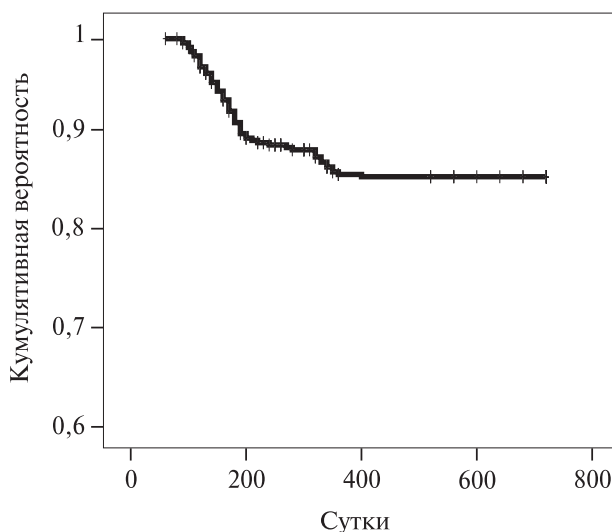


Рис. 8. Кумулятивная частота хороших результатов в течение 2-летнего исследования

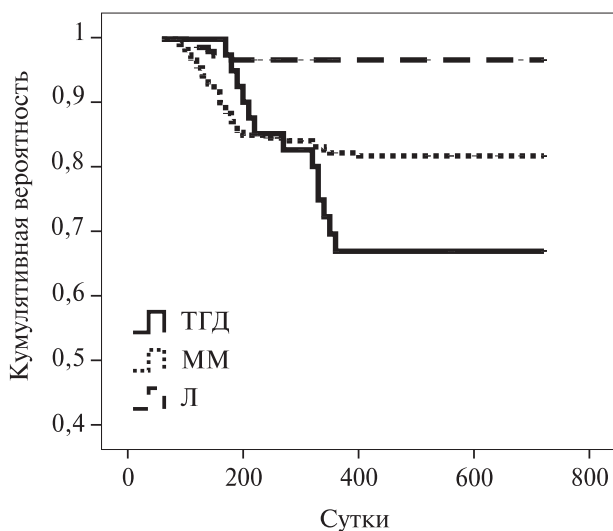


Рис. 9. Кумулятивная частота хороших результатов в группах в течение 2-летнего исследования

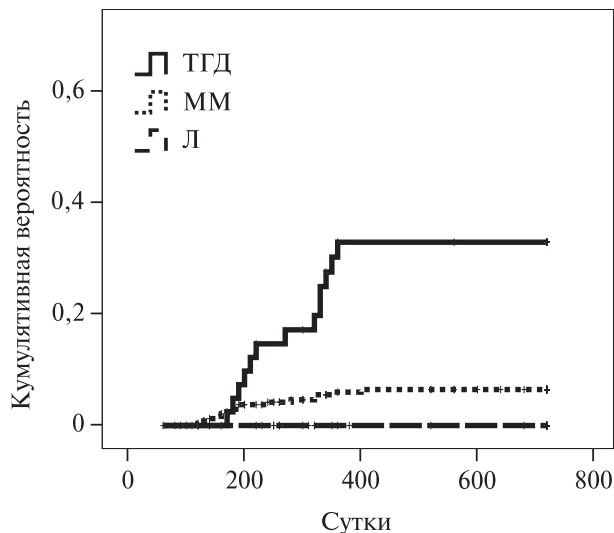
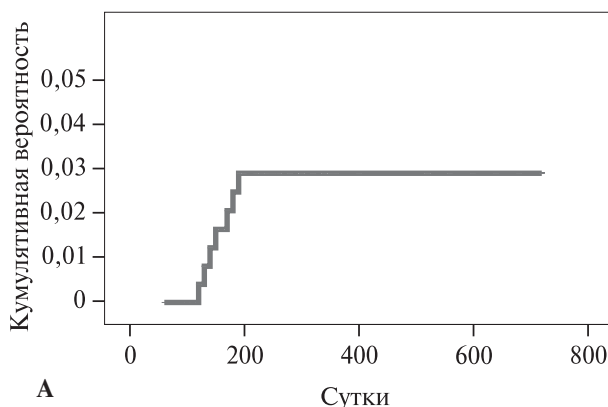
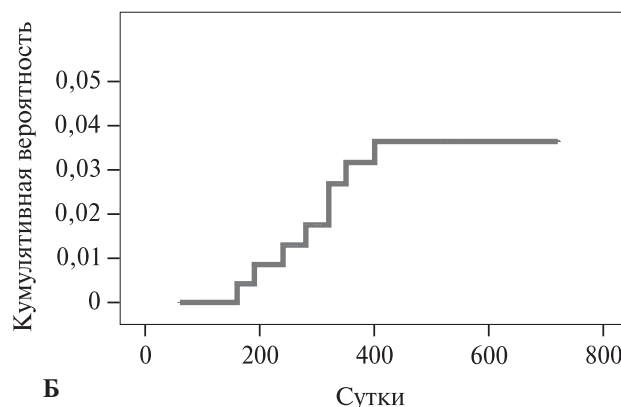


Рис. 10. Кумулятивная частота неудовлетворительных результатов в группах в течение 2-летнего исследования



А



Б

Рис. 11. Кумулятивная частота рубцовых изменений анального канала (А) и стеноза (Б) у больных группы ММ за двухлетний период наблюдения

группе ММ случаи рубцовых изменений анального канала регистрировали раньше (в сроки от 120 до 190 дней), чем рецидив ХГ (в сроки от 160 до 400 дней).

Удовлетворительные результаты, обусловленные наличием бахромок или рубцовых изменений в перианальной области, не отмечали после выполнения ТГД (рис. 12). После операции Миллигана — Моргана указанные дефекты в течение 2 лет выявлены у 11,7 % больных, после операции Лонго — у 3,2 % ($p < 0,01$).

Анализ частоты удовлетворительных результатов лечения в группе Л (рис. 13) показал, что модифицированная нами методика (подгруппа Л2) ассоциируется с достоверно меньшей кумулятивной частотой удовлетворительных результатов, чем стандартная методика (подгруппа Л1). Так, кумулятивная частота удовлетворительных результатов спустя два года после операции составила 7,5 % в

подгруппе Л1 и 1,0 % — в подгруппе Л2 ($p = 0,038$). Это обусловлено более надежной профилактикой формирования бахромок вследствие выполнения дополнительного обвивного спиралевидного шва.

В табл. 5 приведены результаты лечения в группах в контрольные сроки исследования.

Таким образом, проспективное сравнительное исследование у больных ХГ III—IV стадии эффективности геморроидэктомии по Миллигану — Моргану, трансанальной геморроидальной дезартеризации и степлерной геморроидэктомии по Лонго выявило преимущества последней. Операция Лонго спустя два года после операции обеспечивает большую частоту хороших результатов (96,8 %) по сравнению с другими операциями и отсутствие неудовлетворительных результатов. Частота удовлетворительных результатов, связанных с формированием бахромок, снижается с 7,5 до 1,0 % при использовании предложенного нами дополнительно-

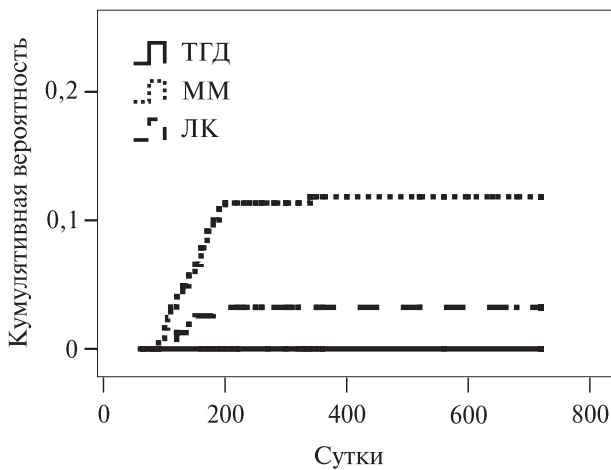


Рис. 12. Кумулятивная частота удовлетворительных результатов в группах в течение 2-летнего наблюдения

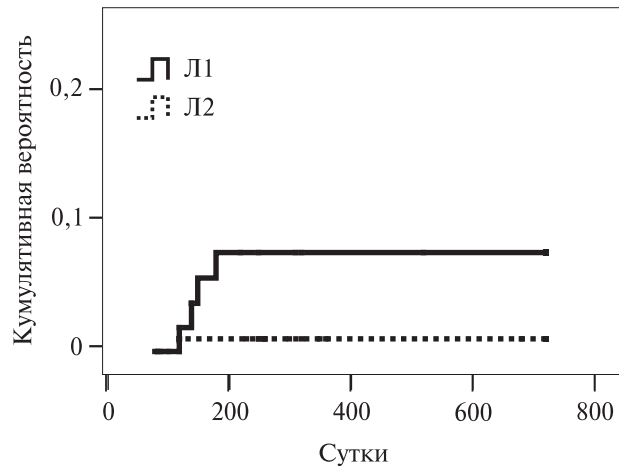


Рис. 13. Кумулятивная частота удовлетворительных результатов в группе Л в течение 2-летнего наблюдения

го обвивного спиралевидного шва. Кроме того, операция Лонго отличается достоверно меньшей средней продолжительностью оперативного лечения ((21,12 ± 0,45) мин), средним объемом интраоперационной кровопотери ((22,7 ± 1,6) мл), наименьшей (хотя и не достоверно) частотой послеоперационного кровотечения (1,2 %). Она менее травматична по сравнению с операцией Миллигана—Моргана, что выражается меньшим средним баллом боли по шкале ВАШ во все контрольные сроки и, как следствие, меньшим средним значением использованных доз наркотического анальгетика. За счет низкого уровня послеоперационной боли и частоты осложнений у больных, перенесших операцию Лонго, длительность послеоперационного койко-дня и временной утраты трудоспособности оказались достоверно меньшими, чем после операции Миллигана—Моргана, и были сопоставимы с такими у больных, перенесших ТГД.

Среди методов лечения ХГ метод ТГД наименее травматичен, сопряжен с низкой частотой интраоперационных и послеоперационных осложнений, однако он не гарантирует хорошего результата в отдаленный период. Спустя 2 года частота рецидива ХГ после выполнения ТГД была достоверно большей по сравнению с другими методиками — 32,9 %. Традиционная геморроидэктомия по Миллигану—Моргану спустя 2 года обеспечивает 81,9 % хороших результатов. Частота рецидива ХГ и рубцового сужения анального канала, которые нуждаются в хирургической коррекции, составляет 7,4 %. Эти результаты хуже результатов при применении методики Лонго, но лучше результатов использования методики ТГД. Существенным преимуществом методики Миллигана—Моргана является возможность ее широкого использования, не ограниченная наличием дорогостоящей аппаратуры и инструментов.

Таблица 5
Отдаленные результаты лечения в группах

Группа	Результат	Срок наблюдения, мес				
		До 1	1–3	3,1–6,0	6,1–12,0	12,1–24,0
ММ	Хороший	100	99,2	87,2	82,8	81,9
	Удовлетворительный	—	0,4	9,9	11,2	11,7
	Неудовлетворительный	—	0,4	2,9	6,0	7,4
Л	Хороший	100	98,7	97,4	96,8	96,8
	Удовлетворительный	—	2,3	2,6	3,2	3,2
	Неудовлетворительный	—	—	—	—	—
ТГД	Хороший	100	100	95,1	67,1	67,1
	Удовлетворительный	—	—	—	—	—
	Неудовлетворительный	—	—	4,9	32,9	32,9

ВИВОДИ

При хірургічному лікуванні хронічного геморою III—IV стадії операцією вибору повинна бути методика Лонго. Спустя два роки після операції кількість хороших, задовільних

і поганих результатів становить 96,8; 3,2 і 0 % порівняно з 81,9; 11,7 і 7,4 % і 67,1; 0 і 32,9 % після операцій Міллігана—Моргана і трансанальної гемороїдальної дезартеризації відповідно ($p < 0,001$).

Література

1. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой.— М.: Митра-пресс, 2002.— 192 с.
2. Захараш М.П., Пойда О.І., Мальцев В.М. та ін. Сучасні принципи діагностики і лікування геморою: Метод. рекомендації.— К., 2002.— 24 с.
3. 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.
4. Acheson A.G., Scholefield J.H. Management of haemorrhoids. // BMJ.— 2008.— Vol. 336, N 7640.— P. 380—383.
5. Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M. et al. Assessment of pain // Br. J. Anaesth.— 2008.— Vol. 101, N 1.— P. 17—24.
6. Cheetham M.J., Mortensen N.J., Nystrom P.O. et al. Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy // Lancet.— 2000.— Vol. 356.— P. 730—733.
7. Fazio V.W. Early promise of stapling technique for haemorrhoidectomy // Lancet.— 2000.— Vol. 355.— P. 768—769.
8. Johnson D.B., DiSiena M.R., Fanelli R.D. Circumferential mucosectomy with stapled proctopexy is a safe, effective outpatient alternative for the treatment of symptomatic prolapsing hemorrhoids in the elderly // Surg. Endosc.— 2003.— Vol. 17.— P. 1990—1995.
9. Khafagy W., El Nakeeb A., Fouda E. Conventional haemorrhoidectomy, stapled haemorrhoidectomy, Doppler guided haemorrhoidectomy artery ligation; post operative pain and anorectal manometric assessment // Hepatogastroenterology.— 2009.— Vol. 93.— P. 1010—1015.
10. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management // World J. Gastroenterol.— 2012.— Vol. 18, N 17.— P. 2009—2017.
11. Mattana C., Coco C., Manno A. et al. Stapled hemorrhoidopexy and Milligan-Morgan hemorrhoidectomy in the cure of fourth-degree hemorrhoids: long-term evaluation and clinical results // Dis. Colon. Rectum.— 2007.— Vol. 50, N 11.— P. 1770—1775.
12. Ortiz H. Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan hemorrhoidectomy // Ann. Surg.— 2007.— Vol. 245, N 1.— P. 155—156.
13. Van Wensen R.J., van Leuken M.H., Bosscha K. Pelvic sepsis after stapled hemorrhoidopexy // World J. Gastroenterol.— 2008.— Vol. 14, N 38.— P. 5924—5926.

А.А. Шудрак

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕМОРОЮ III—IV СТАДІЇ (ПРОСПЕКТИВНЕ ДВОРІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Мета роботи — провести порівняльну оцінку ефективності різних методів лікування хронічного геморою (ХГ) III—IV стадії в найближчій і віддаленій період спостереження.

Матеріали і методи. У період з 2001 до 2010 рр. прооперовано 452 хворих на ХГ III (310) і IV (142) стадії. Чоловіків було 275 (60,8 %) жінок — 177 (39,2 %). Середній вік — $(44,58 \pm 0,55)$ року. Використовували три методики: степлерну гемороїдоексію (операцію Лонго) — у 161 (35,6 %) хворого (група Л), трансанальну гемороїдальну дезартеризацію — у 42 (9,3 %) хворих (група ТГД) і гемороїдектомію за Мілліганом—Морганом — у 249 (55,1 %) хворих (група ММ). Операцію Лонго виконували за стандартною методикою — підгрупа Л1 (56 хворих) і модифікованою нами — підгрупа Л2 (105). Групи статистично не відрізнялися за віком, співвідношенням статей, тривалістю і тяжкістю ХГ. Ефект лікування оцінювали як добрий (відсутність косметичних дефектів в аноректальній ділянці, рецидиву ХГ і рубцевого звуження анального каналу), задовільний (наявність бахромок і/або деформівних рубців в аноректальній ділянці) або незадовільний (наявність рецидиву ХГ або рубцевого стенозу анального каналу, які потребують оперативного лікування).

Результати та обговорення. Через два роки в групі Л відзначено найбільшу частоту добрих результатів (96,8 %) порівняно з групою ТГД (67,1 %) та ММ (81,9 %) і відсутність незадовільних результатів. У групі Л була достовірно меншою середня тривалість оперативного лікування ($(21,12 \pm 0,45)$ хв), середній об'єм інтраопераційної крововтрати ($(22,7 \pm 1,6)$ мл), найменшою — частота післяопераційної кровотечі (1,2 %). Метод ТГД виявився найменш травматичним і асоційованим з низькою частотою інтраопераційних та раннях післяопераційних ускладнень. Частота добрих результатів у групі ММ через два роки була достовірно вищою, ніж у групі ТГД, а частота незадовільних результатів — нижчою.

Висновки. При хірургічному лікуванні хронічного геморою III і IV стадії операцією вибору має бути методика Лонго. Через два роки після операції кількість добрих, задовільних і незадовільних результатів становила 96,8; 3,2 та 0 % проти 81,9; 11,7 і 7,4 % та 67,1; 0 і 32,9 % після операцій Міллігана—Моргана і ТГД відповідно ($p < 0,001$).

Ключові слова: хронічний геморою, трансанальна гемороїдальна дезартеризація, операція Лонго, операція Міллігана—Моргана.

A.A. Shudrak

TREATMENTS FOR CHRONIC HEMORRHOIDS
STAGES III–IV COMPARATIVE EVALUATION
(PROSPECTIVE TWO-YEAR STUDY)

The aim – to conduct a comparative assessment of the different treatments effectiveness for chronic hemorrhoids (CG) stages III–IV in the early and remote observation period.

Materials and methods. In the period from 2001 to 2010 452 patients with chronic hepatitis III (n = 310) and IV (n = 142) stage were operated. The men were 275 (60.8 %) women – 177 (39.2 %). Average age was (44.58 ± 0.55) years. We used three methods: stapling hemorrhoidopexy (Longo operation) – in 161 (35.6 %) patients (group L), transanal hemorrhoidal dearterialization – in 42 (9.3 %) patients (group THD) and hemorrhoidectomy by the Milligan–Morgan – in 249 (55.1 %) patients (group MM). Longo operation was performed by the standard method – subgroup L1 (n = 56) and by our modified method – subgroup L2 (n = 105). Groups did not differ statistically in age, sex ratio, duration and severity of hepatitis. The treatment effect was evaluated as good (no cosmetic defects in the anorectal area, recurrent hepatitis and cicatricial narrowing of the anal canal), satisfactory (fimbrias and / or deforming scars in the anorectal area presence) or poor (recurrent hepatitis or cicatricial stenosis of the anal canal requiring surgical treatment).

Results and discussion. Two years later, in the group L the highest rate of good results (96.8 %) compared with group THD (67.1 %) and MM (81.9 %) and lack of unsatisfactory results were marked. In group L was significantly reduced average length of surgical treatment ((21.12 ± 0.45) mm), the average amount of intraoperative blood loss ((22.7 ± 1.6) ml), the frequency of postoperative bleeding (1.2 %) was the lowest. THD method was the least traumatic and associated with a lower intraoperative and early postoperative complications rate. The frequency of good results in the MM group in two years was significantly higher than in the THD and the frequency of unsatisfactory results – lower.

Conclusions. In the surgical treatment of chronic hemorrhoids III and IV stage operation of choice should be Longo technique. Two years after the operation the good, satisfactory and unsatisfactory results was 96.8; 3.2 and 0 % versus 81.9; 11.7 and 7.4 % and 67.1; 0 and 32.9 % after surgery Milligan–Morgan and THD respectively (p < 0.001).

Key words: chronic hemorrhoids, transanal haemorrhoidal dearterialization, operation Longo, Milligan–Morgan operation.