



В. С. Андрієць<sup>1</sup>, В. І. Смовженко<sup>2</sup>, С. О. Симоненко<sup>2</sup>, І. В. Хмеляр<sup>2</sup>,  
І. П. Лук'янчук<sup>2</sup>, І. С. Унгурян<sup>2</sup>, В. В. Ігнатюк<sup>2</sup>, Ю. В. Андрієць<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

<sup>2</sup> Київська міська клінічна лікарня № 15

<sup>3</sup> Броварський міський центр первинної медико-санітарної допомоги

## ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ГЕМОРОЮ

**Мета роботи** — оцінити результати застосування індивідуального підходу в хірургічному лікуванні пацієнтів з хронічним гемороєм.

**Матеріали і методи.** У дослідження увійшло 385 пацієнтів, яких розділили на три групи. В основній групі (n = 153) застосували індивідуальний підхід: за наявності гемороїдальних вузлів I або II і III або IV ступеня в одного і того ж пацієнта видаляли гемороїдальні вузли III або IV ступеня та обов'язково виконували деартерілізацію з можливою мукопексією гемороїдальних вузлів I або II ступеня. Усі втручання супроводжувалися системним підходом. У I контрольній групі (n = 110) виконували гемороїдектомію за Мілліганом—Морганом за наявності хоча б одного гемороїдального вузла IV або III ступеня. У II контрольній групі (n = 122) виконували гемороїдектомію лише гемороїдального вузла III або IV ступеня.

**Результати та обговорення.** При використанні індивідуального підходу вдалося досягнути стійких результатів. При цьому термін загоєння рани та больовий синдром зменшилися порівняно з такими при гемороїдектомії за Мілліганом—Морганом.

**Висновки.** Застосування індивідуального підходу в лікуванні геморою дозволило скоротити термін загоєння післяопераційних ран на 30 %, зменшити інтенсивність больового синдрому на 3 бали, зберегти при цьому радикальність втручання.

■

**Ключові слова:** деартерілізація гемороїдальної тканини, гемороїдектомія, мукопексія, системний підхід.

Надзвичайно високу актуальність геморою перебільшити важко. Так, за даними епідеміологічних досліджень, захворюваність на геморою сягає 130—150 випадків на 1 тис. дорослого населення. Отже, приблизно кожна 7—8-ма доросла людина зустрічається з цією проблемою. У структурі проктологічних захворювань на геморою, за даними різних авторів, припадає 32—42 % [1, 2]. На особливу увагу також заслуговує той факт, що близько 80 % хворих на геморою перебувають у найбільш працездатному віці — 25—55 років. Через це гемороїдальна хвороба завдає людству значних економічних збитків. Не може не викликати занепокоєння і те, що захворюваність на геморою не зменшується з часом. Напевно, це пов'язано з особливостями життя сучасної людини (нераціональне харчування, тривале перебування у сидячому положенні тощо) [3].

Лікування гемороїдальної хвороби вимагає індивідуального підходу до кожного пацієнта. Загальноприйнято, що у разі геморою I—II ступеня достатнім є консервативне або малоінвазивне лікування (кріодеструкція, лікування латексними кіль-

цями, лазерна та інфрачервона коагуляція, склеротерапія), а у хворих на геморою III—IV ступеня необхідно виконувати хірургічні втручання [5].

Найчастішою операцією з приводу геморою є відкрита гемороїдектомія за Мілліганом—Морганом, що передбачає видалення гемороїдальної тканини на 3 секторах без ушивання післяопераційної рани. Це одне з найбільш радикальних втручань при геморою. Її модифікацією є закрита гемороїдектомія за Фергюсоном, коли післяопераційні рани після видалення вузлів зашивають. Процес загоєння відбувається швидше. Ще одним варіантом хірургічного лікування, що широко використовується за кордоном, є операція Лонго. При цьому проводиться кругова резекція слизової оболонки прямої кишки (вище від зубчатої лінії) з подальшим підтягуванням і ушиванням її, без видалення кавернозної тканини. У результаті цього гемороїдальні вузли підтягуються догори, зменшується їх кровопостачання, вони зменшуються в об'ємі. Проте результати порівняльних досліджень демонструють досить високу частоту залишкових симптомів і рецидивів при використанні цієї методики [4, 6].

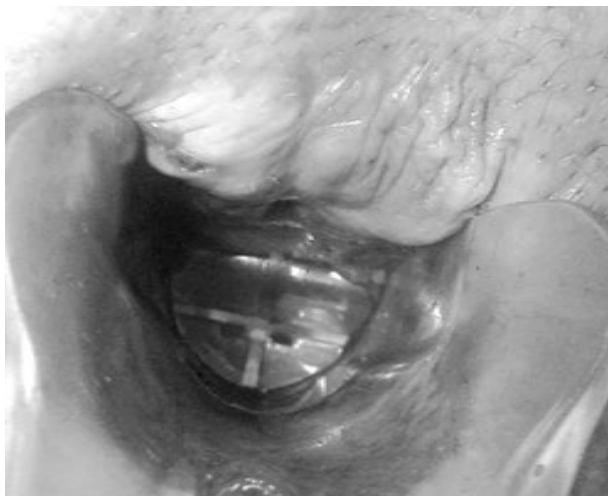


Рис. 1. Збільшений гемороїдальний вузол до видалення



Рис. 2. Після видалення гемороїдальної тканини зі збереженням анодерми

**Мета роботи** — оцінити результати застосування індивідуального підходу в хірургічному лікуванні пацієнтів з хронічним гемороєм.

#### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У дослідження увійшло 385 пацієнтів, які були прооперовані у 2010—2013 рр. на базі Київської міської клінічної лікарні № 15. Середній вік пацієнтів становив  $(34,0 \pm 0,8)$  року. Співвідношення чоловіків до жінок — 1 : 1. Пацієнтів розділили на три групи — основну і дві контрольних. В основній групі ( $n = 153$ ) застосовували індивідуальний підхід, який передбачав визначення розмірів гемороїдальних вузлів: за наявності гемороїдальних вузлів I або II і III або IV ступеня в одного і того ж пацієнта видаляли гемороїдальні вузли III або IV ступеня та обов'язково виконували деартерілізацію з можливою мукопексією гемороїдальних вузлів I або II ступеня.

Т а б л и ц я  
Результати оперативних втручань

Показник	Основна група	I контрольна група	II контрольна група
Термін загоєння рани, днів	$20,0 \pm 0,5$	$28,0 \pm 0,9$	$18,0 \pm 0,8$
Рецидив захворювання	0	0	22 (18%)
Максимальний больовий синдром, бали	5	8	5

Усі втручання супроводжувалися системним підходом, спрямованим насамперед на усунення причини геморою та відновлення судинної стінки. Починати лікування геморою необхідно з нормалізації харчування. Слід дотримуватися раціонального харчування. Їжа повинна бути з великою кількістю клітковини та рідини. Необхідне дозоване фізичне навантаження з уникненням тривалого статичного навантаження. Руховий режим повинен бути активним (слід уникати тривалого сидіння). Необхідно нормалізувати акт дефекації — у разі неефективності раціонального харчування призначають послаблювальні препарати, виконують корекцію процесу травлення. Для відновлення тону судинної стінки призначають системні венотоніки.

У I контрольній групі ( $n = 110$ ) виконували гемороїдектомію за Мілліганом—Морганом за наявності хоча б одного гемороїдального вузла IV або III ступеня. У II контрольній групі ( $n = 122$ ) виконували гемороїдектомію лише гемороїдального вузла III або IV ступеня.

В основній групі видалення збільшеного гемороїдального вузла виконували з максимальним збереженням анодерми і зашиванням післяопераційної рани (рис. 1, 2).

Деартерілізацію з можливою мукопексією проводили під візуальним контролем (LUV — Ligation Under Vision) без використання доплерного датчика.

Контрольний огляд пацієнтів виконували щотижня протягом 1 міс після втручання та 1 раз на рік від 4 до 7 років.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Для порівняння результатів оцінювали термін загоєння ран, наявність рецидивів захворювання та максимальний больовий синдром (таблиця).

При використанні індивідуального підходу вдалося досягнути стійких результатів.

При цьому термін загоєння рани та больовий синдром зменшилися порівняно з такими при гемороїдектомії за Мілліганом—Морганом.

**ВИСНОВКИ**

Застосування індивідуального підходу в хірургічному лікуванні пацієнтів з хронічним гемороєм дозволило: скоротити термін загоєння післяопераційних ран на 30 %, зменшити інтенсивність болювого синдрому на 3 бали, зберегти при цьому радикальність втручання.

раційних ран на 30 %, зменшити інтенсивність болювого синдрому на 3 бали, зберегти при цьому радикальність втручання.

*Конфлікту інтересів немає.*

*Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, обробка матеріалу, написання тексту — В. А.; збір матеріалу — В. С., С. С., І. Х., І. Л., І. У., В. І., Ю. А.; редагування тексту — Ю. А.*

**Література**

1. Бродовський С. П. Радіохвильова хірургія в лікуванні геморою // Клінічна хірургія. — 2016. — № 10.3. — С. 82—83.
2. Бродовський С. П., Іфтодій А. Г., Козловська І. М. Оптимізація хірургічного лікування хронічного геморою III—IV стадії // Клінічна хірургія. — 2017. — № 2. — С. 10—12.
3. Лісов О. І., Переш Є. Є., Курбанов А. К. та ін. Малоінвазивні

методи хірургічного лікування геморою // Клінічна хірургія. — 2016. — № 10.3. — С. 87—88.

5. Chugh A., Singh R., Agarwal P. Management of hemorrhoids // Indian Journal of Clinical Practice. — 2014. — Vol. 25, N 6. — P. 577—580.
4. Halverson A. Hemorrhoids // Clinics in Colon and Rectal Surgery. — 2007. — Vol. 20, N 2. — P. 77—85.
6. Talento P., Ferrery G., Maggiore S. High-volume stapled anopexy for haemorrhoidal disease: clinical and functional results // Colorectal Disease. — 2017. — Vol. 19, suppl. 2. — P. 136.

**В. С. Андриець<sup>1</sup>, В. І. Смозженко<sup>2</sup>, С. А. Симоненко<sup>2</sup>, І. В. Хмеляр<sup>2</sup>,  
І. П. Лукьянчук<sup>2</sup>, І. С. Унгурян<sup>2</sup>, В. В. Ігнатюк<sup>2</sup>, Ю. В. Андриець<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

<sup>2</sup> Київська городська клінічна лікарня № 15

<sup>3</sup> Броварської городської центр первичної медико-санітарної допомоги

**ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ**

**Цель работы** — оценить результаты применения индивидуального подхода в хирургическом лечении пациентов с хроническим геморроем.

**Материалы и методы.** В исследование вошло 385 пациентов, которых разделили на три группы. В основной группе (n = 153) применяли индивидуальный подход: при наличии геморроидальных узлов I или II и III или IV степени у одного и того же пациента удаляли геморроидальные узлы III или IV степени и обязательно выполняли деартериализацию с возможной мукопексией геморроидальных узлов I или II степени. Все вмешательства сопровождались системным подходом. В I контрольной группе (n = 110) выполняли геморроидэктомию по Миллигану—Моргану при наличии хотя бы одного геморроидального узла IV или III степени. Во II контрольной группе (n = 122) выполняли геморроидэктомию только геморроидального узла III или IV степени.

**Результаты и обсуждение.** При использовании индивидуального подхода удалось достичь устойчивых результатов. При этом срок заживления раны и болевой синдром уменьшились по сравнению с таковыми при геморроидэктомии по Миллигану—Моргану.

**Выводы.** Применение индивидуального подхода в лечении геморроя позволило сократить срок заживления послеоперационных ран на 30 %, уменьшить интенсивность болевого синдрома на 3 балла, сохранив при этом радикальность вмешательства.

**Ключевые слова:** деартериализация геморроидальной ткани, геморроидэктомия, мукопексия, системный подход.

**V. S. Andriyets<sup>1</sup>, V. I. Smovzhenko<sup>2</sup>, S. O. Symonenko<sup>2</sup>, I. V. Khmelyar<sup>2</sup>,  
I. P. Lukyancuk<sup>2</sup>, I. S. Unguryan<sup>2</sup>, V. V. Ignatyuk<sup>2</sup>, Yu. V. Andriets<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> О. О. Bogomolets National Medical University, Kyiv

<sup>2</sup> Kyiv City Clinical Hospital N 15

<sup>3</sup> Brovary City Center for Primary Health Care

**INDIVIDUALIZED TREATMENT FOR CHRONIC HEMORRHOIDS**

**The aim** — to improve the surgical treatment results in patients with chronic hemorrhoids with individual approach.

**Materials and methods.** The study included 385 patients divided into three groups. In the main group (n = 153), an individual approach was used: in case of hemorrhoidal nodes grade I/II and grade III/IV in the same patient, grade III/IV hemorrhoidal nodes were resected followed by oblige dearterialization with possible mucopexy of grade I/II hemorrhoidal nodes. All interventions were accompanied by a systematic approach. In the control group I in 110 patients the Milligan—Morgan hemorrhoidectomy were performed in the presence of at least one grade III/IV hemorrhoid node. In the 2nd control group — 122 patients performed hemorrhoidectomy only for hemorrhoid node grade III/IV.

**Results and discussion.** Sustainable results were achieved with an individual approach. At the same time, the wound healing period and the pain syndrome were reduced in comparison with the Milligan—Morgan hemorrhoidectomy ones.

**Conclusions.** The individualized treatment for hemorrhoids allowed to reduce the healing term of postoperative wounds by 30 %, to reduce the intensity of pain syndrome by 3 points, while maintaining the intervention radicality.

**Key words:** decarterialization of hemorrhoidal tissue, hemorrhoidectomy, mucopexy, systemic approach.