

Порівняльні результати хірургічного лікування хворих на хронічний геморої III–IV стадії

**А.А. ШУДРАК, В.С. НЕЧАЙ,
О.І. УМАНЕЦЬ, О.П. БІБА**

В статті представлені безпосередні та віддаленні результати хірургічного лікування 468 пацієнтів з хронічним гемороєм III–IV стадії. В основну групу увійшло 146 хворих оперованих за методикою модифікованої степлерної гемороїдопексії, в контрольну групу увійшло 322 пацієнти, які були прооперовані методом закритої гемороїдектомії.

Ключові слова: *хронічний геморої, результати хірургічного лікування, модифікована степлерна гемороїдопексія, закрита гемороїдектомія.*

Впродовж останніх десятиліть геморої продовжує залишатись одним із найпоширеніших захворювань людства, з приводу якого найчастіше хворі звертаються до лікаря-колопроктолога. За даними ряду авторів (Захараш М.П., Пойда О.І. та ін., 2002; Вороб'єв Г.И. и др., 2006; Комяк К.Н. и др., 2006; Мамчич В.І. та ін., 2007; Konsten J., Baeten C.G., 2000; Armstrong D.N., 2002.) розповсюдженість захворюваності на геморої становить 130-150 випадків на 1000 дорослого населення. Частота захворюваності на геморої в структурі колопроктологічних захворювань сягає 40 – 42% (Вороб'єв Г.И., Шельгин Ю.А. и др., 2002; Мішалов В.Г., Бурка А.О. та ін., 2006; Gupta P.J., 2005). На геморої з однаковою частотою хворіють чоловіки та жінки. Значна розповсюдженість цієї хвороби (до 80%) серед осіб працездатного віку – від 25 до 54 років (Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., 2003; Вороб'єв Г.И. и др., 2006; Тимербулатов В.М., 2007; Rowsell M., et al., 2000; Selvaggi F. et al., 2005) обумовлює велику соціальну значимість захворюваності на геморої.

Слід відмітити, що близько третини пацієнтів які вперше звертаються за допомогою з приводу геморою потребують хірургічного лікування через запущеність захворювання (III та IV стадія). Оперативні втручання з приводу геморою посідають перше місце в структурі хворих будь-якого колопроктологічного відділення чи центру (Захараш М.П., Пойда О.І. и др., 2002; Трухманов С.Д., и др., 2003; Вороб'єв Г.И. и др., 2006; Комяк К.Н. и др., Charúa Guindic L. et al., 2005).

Протягом історичного розвитку хірургічного лікування хронічного геморою було розроблено близько 300 видів хірургічних втручань. В пострадянських країнах найбільшого поширення отримала класична методика гемороїдектомії за Міліганом – Морганом у різних її модифікаціях, що застосовується у понад 70% оперованих хворих на хронічний геморої (Во-

робьев Г.И., Дульцев Ю.В., 1993). З розвитком сучасних технологій в колопроктології широкого застосування набули сфінктерозберігаючі операції на прямій кишці з формуванням циркулярного механічного шва. Розвиваючи дану ідею в 1981 році Кобландінім була запропонована, а в 1993 році італійським хірургом А. Longo розроблена та впроваджена оригінальна методика лікування пацієнтів з хронічним гемороєм, яка за останні роки набула широкої популярності як за кордоном, так і в пострадянських країнах (Ананко А.А., 2007; Candela G. Et al., 2007).

Аналізуючи результати найбільш розповсюдженого хірургічного методу лікування, яким є – гемороїдектомія у відомих модифікаціях, багато авторів відмічають велику кількість післяопераційних ускладнень: у 23–34% оперованих хворих розвивається виражений больовий синдром, у 15–26% виникає рефлексорна затримка сечовипускання, у 4–6% – нагноєння рани або рання післяопераційна кровотеча (Дульцев Ю.В. с соавт., 1984; Даценко Б.М. с соавт., 1992; F. Stelzner, 1992). У віддалених строках лікування існує ризик розвитку стриктур анального каналу, недостатності анального сфінктера, а також рецидиву захворювання. Число даних ускладнень впродовж багатьох років залишається незмінним та коливається від 2 до 4% (Федоров В.Д. с соавт., 1984; Даценко Б.М. с соавт., 1993; Куликовский В.Ф., 1996; G. Milito et al., 1995). Тривалість втрати працездатності становить від 3 до 4 тижнів. Не зважаючи на те, що гемороїдектомія вважається радикальною операцією, протягом 3 років рецидив захворювання виникає у 8,3% пацієнтів (Васильев С.В., Комяк К.Н., 2007; Askanelli S. et al., 2005).

На сьогодні існує достатньо багато публікацій, здебільшого в іноземній літературі, які описують хороші результати після степлерної гемороїдоексії за методом А. Лонго. Деякі автори з настороженістю відносяться до нової методики, рекомендуючи її використання тільки при вираженому циркулярному розташуванні кавернозної тканини, коли традиційна гемороїдектомія не ефективна (E. Carapeti et al., 1998; M. Cheetham et al., 2003; F. Hetzer et al., 2002). Інші автори навпаки відмічають високу ефективність та більшу безпеку застосування даного методу при початкових стадіях випадіння гемороїдальних вузлів (Кузьминов А.М., Чубаров Ю.Ю., Королік В.Ю., 2003; Русинович В.М., 2003; P. Voccasanta et al., 2001; V. Fazio, 2000). Простота та швидкість виконання, короткий період непрацездатності, відсутність вираженого больового синдрому в післяопераційному періоді роблять цей метод достатньо привабливим (A. Longo, 1997; A. Levanon, A. Biterman, 2000; Воробьев Г.И., Кузьминов А.М. с соавт., 2003). Незважаючи на описані хороші результати після цієї операції, також визначається розвиток ускладнень (тромбоз зовнішніх гемороїдальних вузлів, кровотеча із зони анастомозу, дизуричні порушення). Частота їх ви-

никнення в загальному становить 7,4% (Ortiz H., 2007; Slim K., 2007; Нечай І.А., Гончаров Д.Ю., 2007). У віддалених результатах спостережень протягом 12 місяців рецидиви виникли в 5% випадків (F. Hetzer et al., 2002).

Незважаючи на велику кількість запропонованих методик хірургічного лікування хворих на хронічний геморої, жодна з них не є універсальною та не позбавлена недоліків у вигляді розвитку післяопераційних ускладнень та незадовільних результатів.

Мета дослідження – порівняти безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування хворих на хронічний геморої III та IV стадії, прооперованих методом закритої гемороїдектомії та запропонованої модифікованої степлерної гемороїдопексії.

Матеріали і методи

В основу проведеної роботи покладено досвід лікування 468 хворих на хронічний геморої III та IV стадії, які проходили лікування на базі Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» Міністерства Оборони України в період з 2004 по 2010 рік. Всім хворим було проведено хірургічне лікування. В залежності від методу оперативного втручання хворі були розподілені на дві групи: основна та контрольна. В основну групу увійшло 146 пацієнтів, оперованих за запропонованою модифікованою методикою степлерної гемороїдопексії, в контрольну групу увійшло 322 пацієнти, оперовані методом закритої гемороїдектомії.

Серед пацієнтів основної групи чоловіків було 84 (57,5%), жінок – 62 (42,5%). Середній вік хворих даної групи коливався від 20 до 72 років, склав $44,9 \pm 3,1$ роки, III стадія хронічного геморою діагностована у 103 (70,5%), IV стадія захворювання – у 43 (29,5%). В контрольній групі 212 (65,8%) пацієнтів були особами чоловічої статі, жінок було 110 (34,2%). Вік хворих контрольної групи коливався від 21 до 70 років, середній вік становив $45,8 \pm 3,0$ років. У 205 пацієнтів (63,7%) групи К2 була III ст., у 117 (36,3%) – IV ст. хронічного геморою.

Пацієнти основної групи були прооперовані методом модифікованої гемороїдопексії, розробленим у нашому відділенні. Для виконання операції використовували набір інструментів PPH-03 (Ethicon Endo-Surgery) з циркулярним степлером, діаметром 33 мм. В основі методики лежить циркулярне висічення слизово-підслизового шару нижньоампулярного відділу прямої кишки з одночасною фіксацією зв'язково-м'язового апарату внутрішніх гемороїдальних вузлів та пересіченням їх судинних ніжок (кінцевих гілок верхньої прямокишкової артерії) в підслизовому шарі нижньоампулярного відділу ампули прямої кишки (Longo A., 2000, Pernice L., Bartalucci B., Bencini L., et al., 2001). Інтраопераційно внутрішній кисетний шов накладали на відстані від 2 до 4 см над аноректаль-

ною лінією, в залежності від вираженості випадіння вузлів, а також з урахуванням особливостей ангіоархітектоніки підслизового шару нижньоампулярного відділу прямої кишки (отримано патенти України на корисну модель № 39573 та № 44099). Після формування циркулярного апаратного шва та видалення степлера з анального каналу в проекції судинних ніжок накладали модифіковані Z-подібні шви (патент України на корисну модель № 27983) – рис. 1. За допомогою аноскопу атравматичним шовним матеріалом (Вікріл 3/0) в проекції судинних ніжок накладали Z-подібні шви із захопленням підслизового шару на 0,2 см проксимальніше і на 0,5 см дистальніше циркулярного механічного шва, завдяки чому досягали додаткового гемостазу та ліфтингу вузлів.

При недостатній репозиції внутрішніх гемороїдальних вузлів у хворих з IV стадією хронічного геморою останні додатково підтягували обвивними модифікованими швами (патент України на корисну модель № 44100) до рівня зубчатої лінії – рис. 2. Операцію завершували введенням в анальний канал гемостатичної губки «спонгостан».

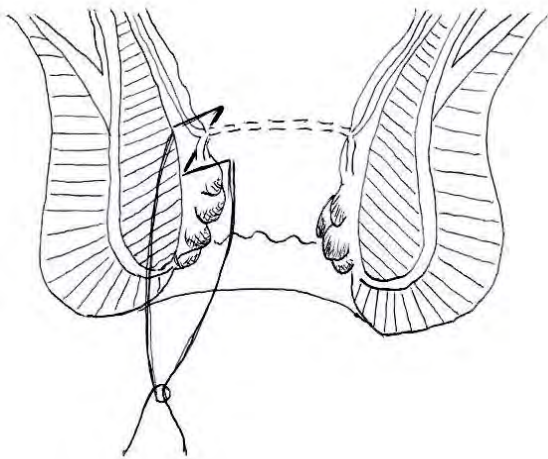


Рис. 1. Додаткове Z-подібне прошивання ділянки степлерного шва в проекції судинних ніжок гемороїдальних вузлів

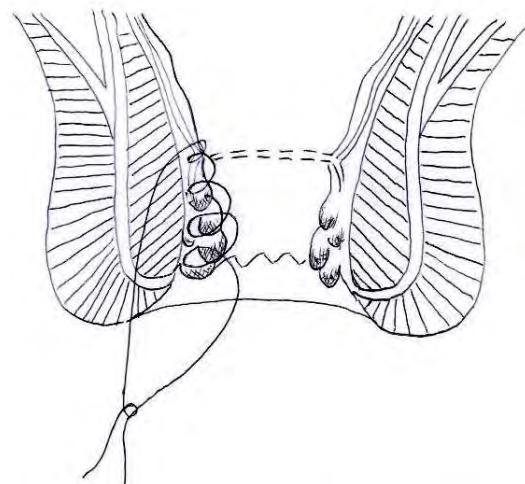


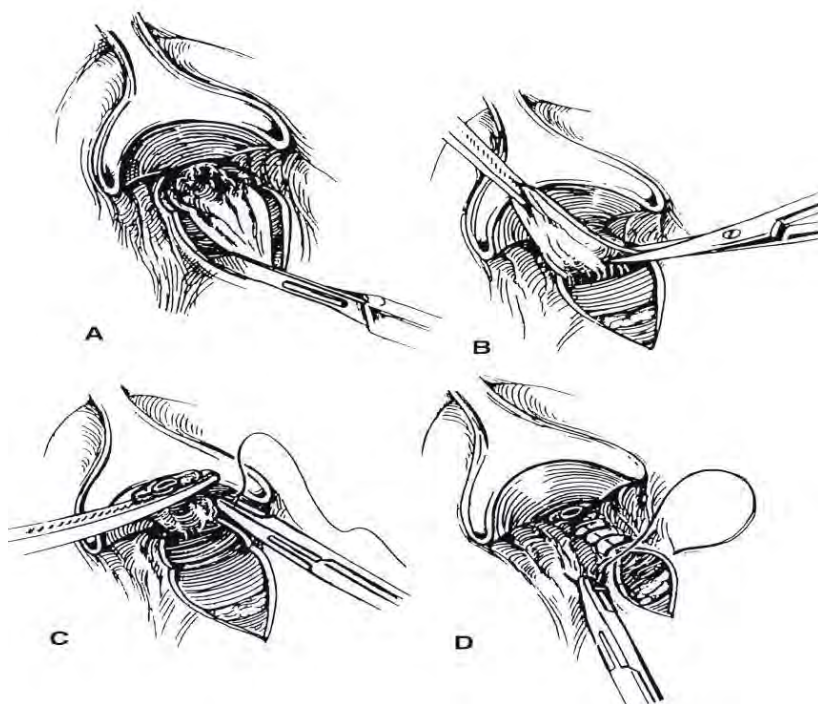
Рис. 2. Формування модифікованого обвивного шва – «додатковий ліфтинг»

Пацієнти контрольної групи були прооперовані методом «закритої» гемороїдектомії за Фергюсоном. Основні етапи даної методики представлені на рис. 3. Почергово на 3, 7, та 11 год. ум. циф. клемою Аліса захоплювали шкіру промежини дистальніше збільшеного зовнішнього гемороїдального вузла з його відведенням в радіальному напрямку. На зовнішній та внутрішній гемороїдальний вузол накладали вікончаті затискачі Люера. Еліпсовидними охоплюючими розрізами з обох сторін від кавернозної тка-

нини розсікали анодерму від судинної ніжки до перианальної шкіри з максимальним збереженням слизової над анокутанною лінією Хілтона В межах підслизового шару гострим та тупим шляхом виділяли кавернозну тканину від волокон внутрішнього анального сфінктера до судинної ніжки, після прошивання останньої шовком на затискачі, виділений гемороїдальний комплекс відсікався та видалявся. Дефект анодерми від середини назовню ушивали атравматичним шовним матеріалом (Кетгут або Вікріл 3/0). Після ревізії анального каналу вводили в анальний канал мазеву турунду (лінімент Вишневського) на газовідвідній трубці.

Рис. 3. Етапи «закритої» гемороїдектомії за Фергюсоном.

- A – розсічення анодерми,
B – виділення кавернозної тканини,
C – прошивання судинної ніжки гемороїдального вузла,
D – ушивання анодерми.*



Безпосередні результати лікування оцінювали в післяопераційному періоді до дня виписки пацієнтів із стаціонару. Віддалені результати лікування відслідковані у пацієнтів обох груп в строки від 1,5 до 6,5 років після проведеного оперативного лікування. Серед основних критеріїв оцінювання результатів лікування були: вираженість післяопераційного болевого синдрому, наявність ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень, строки відновлення працездатності, кількість рецидивів захворювання.

Результати та їх обговорення

Середня тривалість модифікованої гемороїдопексії склала 17 ± 3 хв., тривалість гемороїдектомії за Фергюсоном – 28 ± 5 хв. Інтраопераційна крововтрата в основній групі – 20 ± 10 мл., в контрольній – 100 ± 50 мл. Вираженість болевого синдрому за візуально-аналоговою шкалою в першу добу післяопераційного періоду склала 2,3 бали після модифікованої гемороїдопексії та 5,2 бали після гемороїдектомії за Фергюсоном (max. – 7 балів).

Післяопераційний ліжко-день склав 2,4 дні в основній та 5,8 дні в контрольній групі досліджуваних хворих.

Серед ранніх післяопераційних ускладнень кровотеча виникла у 2 (1,36%) пацієнтів основної та у 6 (1,86%) – контрольної групи хворих, котра була усунена додатковим прошиванням гемостатичними швами. Затримка сечопуску відмічалась у 12 (8,2%) пацієнтів після модифікованої гемороїдоексії та у 40 (12,4%) – після гемороїдектомії за Фергюсоном, ліквідована катетеризацією сечового міхура. Порівняльна характеристика представлена в табл. 1.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика безпосередніх результатів лікування

Результати лікування	Модифікована гемороїдоексія (n=146)	Закрита гемороїдектомія (n=322)
Тривалість операції	17+3 хв.	28+5 хв.
Інтраопераційна крововтрата	20+10 мл.	100+50 мл.
Болевий синдром (ВАШ)	2,3 бали	5,2 бали
Затримка сечопуску	12 (8,2%)	40 (12,4%)*
Післяопераційна кровотеча	2 (1,36%)	6 (1,86%)
Післяопераційний ліжко-день	2,4 дні	5,8 дні*

*Достовірність різниці групових показників $p < 0,05$

Відновлення працездатності відмічено на 6±2 день в основній групі проти 18±5 день в контрольній групі. Порівняльна характеристика представлена в табл. 2.

Таблиця 2

Порівняльна характеристика строків відновлення працездатності

Строки відновлення працездатності	Модифікована гемороїдоексія (n=146)		Закрита гемороїдектомія (n=322)	
	n	%	n	%
5-6 день	106	72,6	35	10,9*
10 день	27	18,5	101	31,3*
15 день	11	7,5	147	45,6*
20 день	2	1,4	39	12,1*

*Достовірність різниці групових показників $p < 0,05$

Анальна тріщина виникла у 2 (1,3%) пацієнтів основної групи та у 10 (3,1%) пацієнтів контрольної групи, параректальна нориця діагностована у

7 (1,49%) хворих тільки контрольної групи. Наслідки ускладнень були ліквідовані повторними оперативними втручаннями. Після модифікованої гемороїдопексії рецидив відмічено в 1 хворого (0,68%), після гемороїдектомії за Фергюсоном рецидив захворювання виник у 2 пацієнтів (0,62%). Стриктурна анального каналу була діагностована у 5 пацієнтів (1,55%) контрольної групи, що потребувало проведення в наступному бужування анального каналу, в основній групі вказане ускладнення не виникало. Порівняльна характеристика представлена в табл. 3.

Таблиця 3

Порівняльна характеристика віддалених результатів лікування

Результати лікування	Модифікована гемороїдопексія (n=146)	Закрита гемороїдектомія (n=322)
Стриктурна анального каналу	0	5 (1,55%)*
Анальна тріщина	2 (1,3%)	10 (3,1%)*
Параректальна нориця	0	7 (1,49%)*
Рецидив	1 (0,68%)	2 (0,62%)

*Достовірність різниці групових показників $p < 0,05$

Проаналізувавши отримані порівняльні результати лікування досліджуваних груп хворих відмічається достовірне зменшення кількості розвитку як ранніх, так і пізніх післяопераційних ускладнень в основній групі хворих в порівнянні з контрольною групою хворих. Строки відновлення працездатності були більшими в контрольній групі хворих порівняно з основною. Кількість рецидивів в обох групах була співставимою та не високою (до 1%).

Висновок

Модифікована гемороїдопексія дозволяє покращити результати хірургічного лікування хворих на хронічний геморой III – IV стадії за рахунок зменшення кількості ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень, скорочення строків відновлення працездатності без погіршення радикальності оперативного втручання в порівнянні з методом закритої гемороїдектомії.

Література

1. Благодарный Л.А. Дифференцированный подход к выбору метода лечения хронического геморроя / Л.А. Благодарный, В.П. Судаков, М.Г. Быстров // Актуальные проблемы колопроктологии. – 2005. – С. 43-45. – Библиогр. в конце текста.
2. Воробьев Г.И. Клиническая колопроктология / Г.И. Воробьев. – М.: «МИА», 2006. – 431 с. – Библиогр.: с. 428-431.
3. Воробьев Г.И. Геморой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. – М.: Митра-Пресс, 2002., 192 с. – Библиогр.: с. 190-192.

4. Захараш М.П. Сучасні принципи діагностики та лікування геморою / М.П. Захараш, О.І. Пойда, В.М. Мальцев // Метод. рекомендації. К.: Національний медичний університет, 2002., 23 с. Бібліогр. в кінці тексту.

5. Нечай И.А. Современные технологии в лечении хронического геморроя / И.А. Нечай, Д.Ю. Гончаров // Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия. – 2007. – № 2. – С. 58–62.

6. Rowsell M. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomized controlled trial / M. Rowsell, M. Bello, D. Hemingway // Lancet – 2000. – N. 355. – 779–781.

7. Ho Y. Stapled haemorrhoidectomy – cost and effectiveness, randomized controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry and endoanal ultrasound assessment at up to three months / Y. Ho, W. Cheong, C. Tsang // Dis. Colon Rectum. – 2000. – N. 43. – P. 1666–1675.

Сравнительные результаты хирургического лечения больных хроническим геморроем III–IV стадии

В.С. НЕЧАЙ, А.А. ШУДРАК, Е.И. УМАНЕЦ, А.П. БИБА

В статье представлены непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения 468 пациентов хроническим геморроем III–IV стадии. В основную группу вошло 146 больных оперированных по методике модифицированной стэплерной геморроидопексии, в контрольную группу вошло 322 пациента, прооперированных методом закрытой геморроидэктомии.

Ключевые слова: *хронический геморрой, результаты хирургического лечения, модифицированная стэплерная геморроидопексия, закрытая геморроидэктомия.*

Comparative results of surgical treatment patients with chronic haemorrhoids III–IV st.

V.S. NECHAY, A.A. SHUDRAK, O.I. UMANETS, A.P. BIBA

This article represented short-term and long-term results of surgical treatment 468 patients with chronic haemorrhoids III–IV st. 146 patients which were operated by method modificative stapled haemorrhoidopexy were included to the first control group of research. 322 patients which were operated by method closed haemorrhoidectomy were included to the second control group of research.

Key words: *chronic haemorrhoids, results of surgical treatment, modificative stapled haemorrhoidopexy, closed haemorrhoidectomy.*