

В. П. Бакуменко

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО КОМБИНИРОВАННОГО ГЕМОРРОЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СИСТЕМНОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Целью работы явилось улучшение результатов лечения больных с хроническим комбинированным геморроем на фоне синдрома НСДСТ путем дифференцированного подхода к выбору способа операции. Основой стало положение о взаимосвязи между возникновением у больных геморроидальной болезни и синдромом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 162 пациентов с хроническим геморроем на фоне синдрома НСДСТ, которые находились на стационарном лечении в отделении проктологии ГКБ № 9 в период 2008–2011 гг.

Результаты и обсуждение. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде в основной группе было у 2-х (2,4%), в группе сравнения – 5-ти (6,3%) больных. Рефлекторная задержка мочеиспускания в основной группе встречалась в 2 случаях (2,4%), в контрольной – у 16 (20,3%). Болевой синдром, требовавший применения ненаркотических анальгетиков более трех суток после операции, отмечался у 6 (7,2%) пациентов основной группы и у 32 (40,5%) – группы сравнения. Длительность заживления послеоперационных ран составила в основной группе 11,0±2,3, а в группе сравнения – 16,0±2,6 суток ($p < 0,05$). Срок пребывания больных в стационаре в основной группе 7,4±1,2, в группе сравнения 12,0±1,5 суток ($p < 0,001$).

Выводы.

1. Методом выбора хирургического лечения хронического комбинированного геморроя у больных с синдромом НСДСТ является разработанная малотравматическая геморроидэктомия с использованием трансанальной геморроидальной деартеризации.

2. При использовании трансанальной геморроидальной деартеризации статистически достоверно уменьшается послеоперационный койко-день в 1,3 раза и длительность реабилитации в 1,6 раза по сравнению с геморроидэктомией по Миллиган-Моргану, что сокращает расходы на госпитализацию и обеспечивает быстрое восстановление качества жизни.

Ключевые слова: геморрой, геморроидэктомия, трансанальная деартеризация, недифференцированная системная дисплазия соединительной ткани, оксипролин.

Геморрой является одним из наиболее распространенных заболеваний прямой кишки, а структуре колопроктологической патологии составляет 30–40% [2, 3]. Среди больных хроническим геморроем, обратившихся за хирургической помощью в проктологический стационар, пациенты с синдромом недифференцированной системной дисплазии соединительной ткани (НСДСТ) составляют 16% [4].

Известно, что коллагенозы замедляют течение раневого процесса, приводят к его хронизации, что сопровождается дисрегенерацией соединительной ткани, несбалансированным накоплением макромолекулярных компонентов соединительной ткани с образованием келоидных и гипертрофических рубцов [4, 5]. Традиционные методы хирургического и малоинвазивного лечения геморроя сопровождаются значительным числом осложнений и рецидивов [1, 6]. Неудо-

влетворительные результаты лечения хронического комбинированного геморроя во многом обусловлены однотипным подходом к выбору способа хирургического вмешательства без учета стадии заболевания и прогностических факторов синдрома недифференцированной системной дисплазии соединительной ткани, влияющие на развитие геморроидальной болезни.

Целью работы явилось улучшение результатов лечения больных с хроническим комбинированным геморроем (ХКГ) на фоне синдрома НСДСТ путем дифференцированного подхода к выбору способа операции.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 162 пациентов с хроническим геморроем на фоне синдрома НСДСТ, которые находились на ста-

ционарном лечении в отделении проктологии ГКБ № 9 в период 2009–2012 гг. Мужчин было 87 (53,7%), женщин – 75 (46,3%) (табл. 1).

Больные разделены на две группы. Основную группу составили 83 пациента, которым была выполнена трансанальная геморроидальная деартеризация (ТГД) с геморроидопексией на 3, 7, 11 часах условного циферблата (аппарат «THD Evolution», фирма THD S.p.A. Италия), дополненная выкраиванием из кожи наружного геморроидального узла лоскута треугольной формы, вершиной направленный в сторону анального канала. Целостность анатомического анального канала, после фиксации лоскута к краям раны, не нарушалась (патент Украины № 71712).

Пациенты основной группы, начиная со 2-х суток дополнительно вводили в анальный канал гиалуронат цинка (патент Украины № 68738).

Группа сравнения представлена 79 пациентами, которым была выполнена геморроидэктомия по Миллиган-Моргану во II модификации НИИ колопроктологии. Группы больных были сопо-

ставимы по возрасту, полу, стадии и анамнезу заболевания (табл. 2).

Для изучения изменений метаболизма соединительной ткани при хроническом геморрое на фоне синдрома НСДСТ, у 52 больных в возрасте от 20 до 68 лет, в среднем ($48,8 \pm 2,23$) года, исследовали экскрецию оксипролина (ОП) с мочой спектрофотометрическим методом; содержание фракций ОП в крови, по калибровочной кривой в микромолях на 1 л сыворотки крови [7]. Нормативные величины биохимических показателей получены при обследовании 18 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу.

Критерии включения в исследование – пациенты с синдромом НСДСТ болеющие хроническим геморроем II–IV стадии, достигшие 18 лет.

Критерии исключения: ранее перенесенные операции на анальном канале; наличие острого тромбоза геморроидальных узлов; наличие острой или хронической анальной трещины; острый, хронический парапроктит; наличие сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации.

Таблица 1

Распределение больных по полу (n=162)

Пол больных	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	n	%	n	%	n	%
Мужчин	45	54,2	42	53,2	87	53,7
Женщин	38	45,8	37	46,8	75	46,3
Всего	83	100	79	100	162	100

Примечание: выявленные различия статистически не достоверны ($p > 0,05$)

Таблица 2

Распределение больных геморроем по стадии (n=162)

Стадия заболевания	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	n	%	n	%	n	%
II	19	22,9	14	17,8	33	20,4
III	56	67,5	60	75,9	116	71,6
IV	8	9,6	5	6,3	13	8,0
Всего	83	100	79	100	162	100

Примечание: выявленные различия статистически не достоверны ($p > 0,05$)

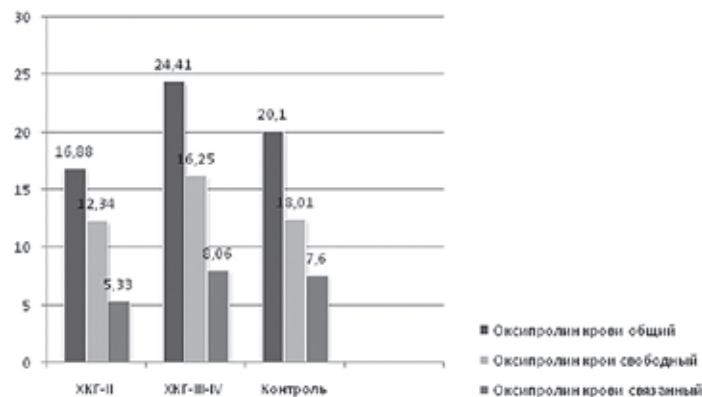


Рис. 1. Содержание различных фракций ОП ($M \pm m$) мкмоль/л в сыворотке крови в зависимости от стадии ХКГ

Результаты и обсуждение

При анализе метаболизма соединительной ткани в зависимости от стадии ХКГ установлено достоверное увеличение содержания всех фракций ОП сыворотки крови ($p < 0,05$, $r = 0,33$) по мере увеличения тяжести заболевания. При этом общий ОП сыворотки крови при II стадии ХКГ составил $16,88 \pm 1,9$ мкмоль/л, а при III–IV стадиях ХКГ – $24,41 \pm 1,27$ мкмоль/л ($p < 0,05$, $r = 0,33$). Свободный ОП сыворотки крови при II стадии был равен $12,34 \pm 1,38$ мкмоль/л, в то время как при III–IV стадиях – $16,25 \pm 0,97$ мкмоль/л ($p < 0,05$, $r = 0,26$). Пептидсвязанный оксипролин при II стадии ХКГ составил $5,33 \pm 0,85$ мкмоль/л и $8,06 \pm 0,58$ мкмоль/л при III–IV стадиях ($p < 0,05$, $r = 0,31$) (рис. 1).

Отмечено увеличение экскреции ОП с мочой по мере возрастания стадии ХКГ ($p < 0,05$, $r = 0,40$). При II стадии он составил $96,32 \pm 33,17$, при III – $443,45 \pm 96,43$ и при IV – $774,63 \pm 428,75$ мкмоль/л в сутки (табл. 3).

Сравнение результатов лечения проводили по следующим критериям: наличие ранних послеоперационных осложнений, койко-день, длительность потери трудоспособности. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде в основной группе было у 2-х (2,4%), в группе сравнения – 5-ти (6,3%) больных. Рефлекторная задержка мочеиспускания в основной группе встречалась в 2 случаях (2,4%), в контрольной – у 16 (20,3%).

Таким образом, полученные данные сви-

детельствуют о почти десятикратном снижении указанного осложнения в основной группе ($p < 0,05$). Болевой синдром, требовавший применения ненаркотических анальгетиков более трех суток после операции, отмечался у 6 (7,2%) пациентов основной группы и у 32 (40,5%) – группы сравнения. Ранний стеноз анального канала возник у 1 (1,3%) пациента группы сравнения (табл. 4).

Длительность заживления послеоперационных ран составила в основной группе $11,0 \pm 2,3$, а в группе сравнения – $16,0 \pm 2,6$ суток ($p < 0,05$). Срок пребывания больных в стационаре в основной группе $7,4 \pm 1,2$, в группе сравнения $12,0 \pm 1,5$ суток ($p < 0,001$). У пациентов основной группы сроки реабилитации составили $14,0 \pm 2,2$, в группе сравнения – $23,0 \pm 2,8$ суток ($p < 0,05$). Мониторинг пациентов проводился через 1, 3 и 6 месяцев. Среди пациентов обеих групп рецидива заболевания не отмечено.

Выводы

1. У больных хроническим комбинированным геморроем с клиническими проявлениями синдрома НСДСТ усиливается деградация коллагеновых фибрилл, о чем свидетельствуют увеличение содержания свободного оксипролина в сыворотке крови и повышенная экскреция оксипролина с мочой.

2. Методом выбора хирургического лечения хронического комбинированного геморроя у больных с синдромом НСДСТ, является разбабо-

Таблица 3

Показатели суточной экскреции с мочой общего ОП ($M \pm m$) у больных с хроническим комбинированным геморроем в зависимости от стадии заболевания

Стадия хронического геморроя	Общий оксипролин мочи (ОПобм), мкмоль/л
ХКГ II	$96,32 \pm 33,17^*$
ХКГ III	$443,45 \pm 96,43^{**}$
ХКГ IV	$774,63 \pm 428,75$

Примечания: * – $p < 0,05$ в сравнении с ХКГ III стадии;

** – $p < 0,05$ в сравнении с ХКГ IV стадии

Таблица 4

Частота развития ранних послеоперационных осложнений ($n = 162$)

Виды осложнений	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	n	%	n	%	n	%
острая задержка мочи	2	2,4*	16	20,3*	18	11,1
кровотечение	2	2,4**	5	6,3**	7	4,3
отек тканей в области операции	12	14,5*	19	24,0*	31	19,1
ранний стеноз анального канала	–	–	1	1,3*	1	0,6
острый парапроктит	–	–	–	–	–	–

Примечания: * – выявленные различия статистически достоверны ($p < 0,05$),

** – выявленные различия статистически не достоверны ($p > 0,05$)

таная малотравматическая геморроидэктомия с использованием в послеоперационном периоде местно гиалуроната цинка.

3. При использовании малотравматической методики статистически достоверно уменьшается послеоперационный койко-день в 1,3

раза и длительность реабилитации в 1,6 раза по сравнению с геморроидэктомией по Миллиган-Моргану, что сокращает расходы на госпитализацию и обеспечивает быстрое восстановление качества жизни.

Список литературы

1. Бабенков В. Г., Мищенко М. В., Макарьев Л. П., Троценко С. Н. Оптимизация методов хирургического лечения больных хроническим геморроем с различной степенью выпадения геморроидальных узлов // *Хірургія України*. – 2003. – № 2. – С. 30–35.
2. Благодарный Л. А., Воробьев Г. И., Шельгин Ю. А. Завершение геморроидэктомии введением в анальный канал гемостатической рассасывающей губки «Спонгостан» // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2001. – Т. 11, № 3. – С. 59–63
3. Воробьев Г. И., Шельгин Ю. А., Благодарный Л. А. Геморрой // Москва. Митра-пресс. – 2002. – С. 192.
4. Кадурина Т. И., Горбунова В. Н. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей. С.-Петербург. ЭЛБИ-СПБ 2009 г. – 702 с.
5. Нечаева Г. И. Дисплазия соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациента / Г. И. Нечаева, И. А. Викторова. – Омск, 2007. – 207 с.
6. Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л. Геморрой. Запоры // М.: Медицина. – 2000. – С. 143.
7. Шараев П. Н. Метод определения свободного и связанного оксипролина в сыворотке крови // *Лабор. дело*. – 1981. – № 5. – С. 284–285.

Стаття надійшла до редакції: 13.11.2012

В. П. Бакуменко

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КОМБІНОВАНОГО ГЕМОРОЮ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ СИСТЕМНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Мета роботи полягала у поліпшенні результатів лікування хворих із хронічним комбінованим гемороем на фоні синдрому НСДСТ шляхом диференційованого підходу до вибору способу операції. Підґрунтям стало положення про взаємозв'язок між виникненням у хворих гемороїдальної хвороби й синдромом.

Матеріали й методи. Проаналізовані результати лікування 162 пацієнтів із хронічним гемороем на фоні синдрому НСДСТ, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні проктології ГМКБ № 9 у період 2008–2011 рр.

Результати й обговорення. Кровотеча в ранньому післяопераційному періоді в основній групі була в 2-х (2,4%), у групі порівняння – 5-ти (6,3%) хворих. Рефлекторна затримка сечовипускання в основній групі зустрічалася в 2 випадках (2,4%), у контрольній – в 16 (20,3%). Больовий синдром, що вимагав застосування ненаркотичних анальгетиків відмічався в 6 (7,2%) пацієнтів основної групи й в 32 (40,5%) – групи порівняння. Тривалість загоєння післяопераційних ран склала в основній групі $11,0 \pm 2,3$, а в групі порівняння – $16,0 \pm 2,6$ доби ($p < 0,05$). Термін перебування хворих у стаціонарі в основній групі $7,4 \pm 1,2$, у групі порівняння $12,0 \pm 1,5$ доби ($p < 0,001$).

Висновки.

1. Методом вибору хірургічного лікування хронічного комбінованого гемороею у хворих із синдромом НСДСТ є розроблена мало травматична геморроїдектомія з використанням трансанальної гемороїдальної деартеризації.

2. При використанні трансанальної гемороїдальної деартеризації статистично вірогідно зменшується післяопераційний ліжка-день в 1,3 рази й тривалість реабілітації в 1,6 рази у порівнянні з геморроїдектомією по Милліган-Моргану, що скорочує витрати на госпіталізацію й забезпечує швидке відновлення якості життя.

Ключові слова: геморой, геморроїдектомія, трансанальна деартеризація, недиференційована системна дисплазія сполучної тканини.

V. P. Bakumenko

SI "Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education MOH of Ukraine"

THE RESULTS OF TRANSANAL HEMORRHOIDAL DEARTERIZATSII IN THE TREATMENT OF CHRONIC COMBINED HEMORRHOIDS IN PATIENTS WITH THE SYNDROME OF UNDIFFERENTIATED SYSTEMIC CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Aim of investigation: Compare the results of treatment of patients with chronic Combined hemorrhoids in the background of the syndrome NSDST with transanal hemorrhoidal dearterizatsii (THD), and hemorrhoidectomy by Milligan-Morgan in modification II Institute of Coloproctology.

Materials and methods. Results of treatment of 162 patients with chronic hemorrhoids against NSDST syndrome, which were in-patient treatment at the Department of Proctology GMKB number 9 in the 2008–2011 period.

Results. Bleeding in the early postoperative period in the intervention group had 2 (2,4%) in the comparison group – 5 (6,3%) patients. Reflex urinary retention in the study group met in 2 cases (2,4%) in the control group – in 16 (20,3%). Pain required the use of non-narcotic analgesics more than three days after surgery occurred in 6 (7,2%) in the main group and in 32 (40,5%) – in the comparison group. Duration of healing of postoperative wounds in the study group was $11,0 \pm 2,3$ days, whereas in the control group – $16,0 \pm 2,6$ days ($p < 0,05$). Length of stay of patients in a hospital in the study group $7,4 \pm 1,2$ days in the comparison group $12,0 \pm 1,5$ days ($p < 0,001$).

Conclusions.

1. Method of choice for surgical treatment of chronic combined hemorrhoids in patients with the syndrome NSDST is minimally invasive hemorrhoidectomy using transanal hemorrhoidal dearterizatsii.

2. When using transanal hemorrhoidal dearterizatsii statistically significant decreases postoperative hospital stay by 1,3 times and duration of rehabilitation by 1,6 times compared with hemorrhoidectomy by Milligan-Morgan, which reduces the costs of hospitalization and provides rapid recovery of quality of life.

Keywords: hemorrhoid, hemorrhoidectomy, transanal dearterizatsiya, undifferentiated systemic connective tissue dysplasia.