

## ФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ МАЛОІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕМОРОЮ

Шудрак А.А., Цема Є.В., Уманець О.І., Яринич Ю.В.

Відділення загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру "Головний військовий клінічний госпіталь" МО України, Київ

### Functional Results of Hemorrhoids' Minimally Invasive Treatment

A.A. Shudrak, E.V. Tsema, O.I. Umanets, Yu.V. Jarinych

Department of common and special coloproctology, Main Military Clinical Hospital of the Defense Ministry, Kiev, Ukraine

Received: June 12, 2010  
Accepted: December 21, 2010

#### Адреса для кореспонденції:

Відділення загальної та онкологічної колопроктології  
Головний військовий клінічний госпіталь  
вул. Госпітальна, 18, Київ, 01133, Україна  
тел.: +38-044-521-82-42  
e-mail: proct.gvkg@mail.ru

#### Summary

It has been studied functional results of treatment 60 patients with chronic hemorrhoids of 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> degree. The patients have been divided into three groups. The first control group consist of 12 (60%) men and 8 (40%) women, who were treated by method of latex ligation. The second control group consists of 15 (75%) men and 5 (25%) women, who were treated by method of ligation superior rectal artery's distal branches by Doppler-control. The group of research consists of 14 (70%) men and 6 (30%) women, who were treated by combined minimally-invasive methods. It has been determined, that functional results of treatment of patients with chronic hemorrhoids of 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> degree in control groups and in the group of research appreciably are not difference ( $p > 0.05$ ).

*Key words: hemorrhoids, minimally invasive treatment, functional results.*

#### Вступ

Традиційно результати хірургічного лікування хворих на геморої прийнято оцінювати виходячи з частоти післяопераційних ускладнень та рецидивів

захворювання. Проте, поряд з цими характеристиками важливою мірою лікувальної ефективності хірургічного методу є функціональні результати лікування. Разом із морфологічними змінами при прогресуванні геморою відбуваються функціональні зміни сфінктерного апарату прямої кишки. Як відомо, іннервація прямої кишки і анального каналу має змішаний характер. Парасимпатична іннервація здійснюється за рахунок нервових волокон, які відходять від бокових рогів спинного мозку на рівні 2-4 крижових сегментів. Внутрішній анальний сфінктер (гладка мускулатура) іннервується симпатичними нервами, які йдуть від нижнього брижового сплетіння, підчеревних симпатичних вузлів, а також волокнами пресакрального нерву — гілки верхнього підчеревного сплетіння [1].

Особливості іннервації анального каналу такі, що нижче зубчастої лінії в плоскому епітелії і під ним розміщена велика кількість больових і чутливих рецепторів. Цю обставину необхідно враховувати при виборі методу хірургічного лікування хронічного

геморою. Так, використання більшості малоінвазивних методів лікування геморою доцільні лише при патологічних змінах у внутрішніх гемороїдальних вузлах, що локалізуються вище зубчатої лінії [2,3].

Зважаючи на появу останніми роками тенденції до використання комбінації кількох малоінвазивних методів при лікуванні хворих на геморою актуальним стає питання про можливу наявність негативного впливу комбінованого малоінвазивного лікування хронічного геморою на тонкі анатомо-функціональні взаємозв'язки в аноректальній ділянці після проведеного лікування [1,4]. Тому ми вирішили провести оцінку функціональної здатності сфінктерного апарату прямої кишки у хворих на хронічний геморою після використання окремих методів малоінвазивного лікування, а також їх комбінованого використання.

*Мета дослідження* — дослідити функціональний стан сфінктерного апарату прямої кишки у хворих на хронічний геморою II-III стадії, що лікувалися з використанням малоінвазивних методів.

## Матеріали і методи

Для досягнення поставленої перед дослідженням мети проведено аналіз функціональних результатів лікування 60 пацієнтів з хронічним гемороєм II-III стадій, які лікувалися за малоінвазивними методами у відділенні загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру МО України з 1 березня 2005 року по 1 листопада 2008 року.

У 41 (68,3%) пацієнта діагностовано хронічний геморою II стадії, а у 19 (31,7%) хворих — хронічний геморою III стадії. Вік пацієнтів коливався від 20 до 67 років (середній вік  $32,4 \pm 4,3$  роки). Досліджувані хворі були розподілені на три групи, в залежності від методу хірургічного лікування геморою. До першої контрольної групи увійшло 12 (60%) чоловіків та 8 (40%) жінок, які лікувалися за методом латексного лігування внутрішніх гемороїдальних вузлів. До другої контрольної групи увійшло 15 (75%) чоловіків

та 5 (25%) жінок, які лікувалися за методом прошивання дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії під доплерометричним контролем. До дослідної групи увійшло 14 (70%) чоловіків та 6 (30%) жінок, яким лікування проводили з використанням комбінації малоінвазивних методів: прошивання дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії під доплерометричним контролем з латексним лігуванням внутрішніх гемороїдальних вузлів.

Групи хворих були однорідними за віком, статтю та стадією гемороїдальної хвороби. Всім хворим проводили аналіз функціональної здатності сфінктерного апарату прямої кишки. У хворих до операції, через 6 та через 12 місяців після втручання визначався анальний рефлекс та проводили сфінктерометричне дослідження. Для проведення сфінктерометричного дослідження ми використовували сфінктерометр фірми "Pro Medico S 4401" (Німеччина). Даний прилад дозволяє визначити такі основні показники функціонального стану сфінктерного апарату прямої кишки:

- тонус сфінктера (сила тонічного скорочення гладких м'язів та поперечно-пошарованих м'язових волокон зовнішнього та внутрішнього сфінктерів прямої кишки);
  - максимальна сила довільного скорочення зовнішнього сфінктера прямої кишки;
  - вольове зусилля — різниця між максимальною силою довільного скорочення та тонусом сфінктера.
- Достовірність отриманих результатів дослідження ми проводили за допомогою параметричної статистики з використанням критерію Стьюдента.

## Результати та їх обговорення

Отримані сфінктерометричні показники у досліджуваних хворих представлені в таблиці 1. За результатами проведеного дослідження, виявлено, що зміна функціонального стану сфінктерного апарату прямої кишки у хворих на хронічний геморою II-III стадії виражається у підвищенні тонічного напруження

Таблиця 1. Динаміка зміни сфінктерометричних показників до та після малоінвазивного лікування хворих на хронічний геморою II-III стадії

Терміни обстеження	Групи			Достовірність різниці середньо-групових показників (p)
	Досліджувана група, (n=20)	Перша контрольна група, (n=20)	Друга контрольна група, (n=20)	
До операції	89,3±4,3	84,7±6,8	87,6±4,2	p1>0,05 / p2>0,05
Через 6 місяців після операції	76,1±3,4	79,2±7,5	74,1±3,7	p1>0,05 / p2>0,05
Через 12 місяців після операції	59,4±3,2	67,5±3,4	62,9±3,3	p1>0,05 / p2>0,05

Примітки:

p1 — достовірність різниці середньогрупового показника досліджуваної та першої контрольної групи;

p2 — достовірність різниці середньогрупового показника досліджуваної та другої контрольної групи.

сфінктеру. У пацієнтів досліджуваної групи цей показник склав  $89,3 \pm 4,3$  мм рт. ст.; в першій контрольній групі тоничне напруження становило  $84,7 \pm 6,8$  мм рт. ст.; в другій контрольній групі відповідний показник склав  $87,6 \pm 4,2$  мм рт. ст. На нашу думку, виявлена динаміка функціональних показників сфінктерного апарату прямої кишки пов'язана з компенсаторними механізмами фіброзно-м'язового каркасу анального каналу щодо континенції патологічно зміненої кавернозної тканини внутрішніх гемороїдальних вузлів.

В усіх групах хворих відмічалася поступова нормалізація показників тоничного напруження після операції. Так, через 6 місяців після лікування в досліджуваній групі хворих середній показник тоничного напруження зменшився на 14,7%. У пацієнтів першої контрольної групи також просліджується тенденція до зниження тоничного напруження. При контрольному огляді через 12 місяців зафіксовано нормалізацію середніх показників тоничного напруження у всіх групах пацієнтів. Так, через 12 місяців у досліджуваній групі середній показник тоничного скорочення становив  $59,4 \pm 3,2$  мм рт. ст.; у пацієнтів першої контрольної групи —  $67,5 \pm 3,4$  мм рт. ст.; у другій контрольній групі —  $62,9 \pm 3,3$  мм рт. ст.

У 48 (80%) пацієнтів з хронічним гемороєм II-III стадії до лікування виявлено підвищення рефлекторної активності зовнішнього сфінктера (анального рефлексу), із них 16 пацієнтів дослідної групи, 15 пацієнтів першої контрольної групи та 17 пацієнтів другої контрольної групи. На нашу думку, підвищення рефлекторної відповіді зовнішнього анального сфінктера пов'язано з подразненням стінок анального каналу, збільшеними внутрішніми гемороїдальними

вузлами, які подразнюють тактильні і больові рецептори слизової оболонки, викликаючи рефлекторне збудження по всій дузі зовнішнього сфінктера.

Через 12 місяців відзначено нормалізацію анального рефлексу у всіх групах пацієнтів, що пояснюється регресуванням проявів геморою.

### Висновки

Використання різних методів малоінвазивного лікування хронічного геморою II-III стадії не впливає на динаміку сфінктерометричних показників та рефлекторну активність зовнішнього анального сфінктера на жодному етапі обстеження пацієнтів ( $p > 0,05$ ).

Однчасне комбіноване застосування двох малоінвазивних методів лікування хронічного геморою, які впливають на вагомі патогенетичні чинники розвитку хвороби, не погіршує функціональної здатності сфінктерного апарату прямої кишки.

### Література

1. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. (2002) Геморрой. (Москва). "Митра-пресс". 192 с.
2. Дергачев С.В., Ковалев В.К., Михель В.В., Соболева С.Н. (2003) Амбулаторное лечение внутреннего геморроя малоинвазивными методиками. 2: 31-33
3. Канаметов М.Х. (2002) Шовное лигирование терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии в лечении геморроя. Автореф. дис. ... канд. мед. наук (Москва). 28 с.
4. Курбонов К.М., Мухаббатов Д.К., Даминова Н.М. (2001) Ошибки и осложнения геморроя. 3: 43-45