

РЕЗУЛЬТАТИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕМОРОЙ

А.А.Шудрак

**Головний військовий медичний клінічний центр
Київ, Україна**

У даній статті наведені результати хірургічного лікування 1028 пацієнтів з хронічним гемороєм I-IV стадії. У залежності від стадії геморою хворі були розподілені на три досліджувані групи. Порівняння результатів лікування проводилось всередині груп хворих між методами втручання. На основі проведеного аналізу отриманих результатів розроблено діагностично-лікувальний алгоритм диференційованого підходу до хірургічного лікування хворих на хронічний геморої.

Ключові слова: хронічний геморої, методи діагностики та хірургічного лікування, результати малоінвазивного та хірургічного лікування.

Вступ

Незважаючи на значні досягнення сучасної медицини впродовж останніх десятиліть, геморої продовжує залишатись одним із найпоширеніших захворювань людства, з приводу якого найчастіше хворі звертаються до лікаря-колопроктолога. За даними ряду авторів (Мішалов В.Г., Бурка А.О. та ін., 2010; Захараш М.П., Пойда О.І. та ін., 2008; Мамчич В.І., Палієнко Р.К. та ін., 2007; Вороб'єв Г.И. и др., 2006; Комяк К.Н. и др., 2006; 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 у структурі колопроктологічних захворювань сягає 40-42% (Вороб'єв Г.И., Шельгін Ю.А. и др., 2002;

Мишалов В.Г., Бурка А.О. та ін., 2006; Gupta P.J., 2005). На геморой з однаковою частотою хворіють чоловіки та жінки. Значна розповсюдженість цієї хвороби (до 80%) серед осіб працездатного віку — від 25 до 54 років (Шельгін Ю.А., Титов А.Ю., 2003; Воробйов 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 геморой.

Упродовж багатьох десятиліть основним та найдієвішим методом хірургічного лікування пацієнтів з даною нозологією вважалась гемороїдектомія за Міліганом та Морганом у різноманітних її модифікаціях.

Проте травматичність проведення операції за вказаним методом, що обумовлює значний відсоток виникнення інтенсивного післяопераційного больового синдрому (23-24%) та розвиток ранніх і пізніх ускладнень у вигляді рефлекторної затримки сечопуску (15-26%), нагноєння або кровотеча (4-6%), стриктури або недостатності анального сфінктера (2-4%) [3, 5], спонукала багатьох колопроктологів до пошуку та використання альтернативних, менш травматичних способів хірургічного лікування. На сьогоднішній день широкого розповсюдження набули численні методики малоінвазивного та малотравматичного лікування хворих на хронічний геморой, що використовуються в умовах стаціонару «одного дня» (Захараш М.П., 2006; Палієнко Р.К., 2006; Шельгін Ю.А., 2003; Шидловский И.Н., 1991). Найбільш розповсюдженими серед них є: лігування внутрішніх гемороїдальних вузлів латексними кільцями, склеротерапія та інфрачервона фотокоагуляція, доплероскопічне прошивання гемороїдальних артерій. Серед переваг застосування даних методик слід зазначити: можливість їх амбулаторного застосування, технічна простота виконання процедури, швидка медична реабілітація (Минбаев Ш.Т., 1991; Шумихин В.П., 1997; Канаметов М.Х., 2003; Палієнко Р.К., 2008).

Незважаючи на існуючу різноманітність сучасних методик, у 8-21% хворих на хронічний геморой після хірургічного лікування виникають незадовільні результати та ускладнення лікування (Мишалов В.Г. та ін., 2010; Мамчич В.І., Палієнко Р.К. та ін., 2008; Нечай И.А., Гончаров Д.Ю., 2008; Nelson R.S. et al., 2009). Причиною даної ситуації являється відсутність діагностично-лікувального алгоритму у хворих на хронічний геморой, як наслідок: необгрунтоване використання тієї чи іншої методики лікування, розширення показань до хірургічного лікування, перевищення прогнозованої ліку-

вальної ефективності та нав'язування пацієнтові наявних в арсеналі зацікавлених медичних закладів методик лікування, особливо малоінвазивних.

Таким чином, на сьогодні не розроблені патогенетично обґрунтовані покази до вибору методу оперативного втручання при хронічному геморої залежно від стадії захворювання (Мішалов В.Г. та ін., 2009; Мамчич В.І. та ін., 2007; Тимербулатов В.М., 2007; Charúa Guindic L. et al., 2009).

Мета дослідження — обґрунтувати необхідність диференційованого підходу до вибору методу операції, розробки і впровадження нових методів оперативних втручань при лікуванні хворих на хронічний геморої.

Матеріали та методи дослідження

В основу проведеного дослідження покладено досвід хірургічного лікування 1028 хворих на хронічний геморої (ХГ) I-IV стадії, оперованих у проктологічному відділенні ГВМКЦ «ГВКГ» МО України з 2001 до 2011 р.

Оскільки вибір методу хірургічного лікування безпосередньо залежав від стадії захворювання, усі хворі були розподілені на три основні групи. У першу групу дослідження (група I) увійшло 275 (27%) пацієнтів з I стадією хронічного геморою, прооперованих амбулаторно з використанням малоінвазивних методик. Друга група (група II) складалась з 303 (29%) пацієнтів із II стадією хронічного геморою, які отримували малоінвазивне лікування в умовах денного стаціонару та стаціонару «одного дня». Третя група дослідження була представлена 450 (44%) пацієнтами з III та IV стадією розвитку хронічного геморою, оперованими стаціонарно з використанням хірургічних методів лікування.

Серед хворих усіх груп спостереження чоловіків було 569 (55,3%), жінок — 459 (44,7%). Середній вік хворих становив $43,6 \pm 12,3$ року.

У залежності від використаного методу групи дослідження були розподілені на окремі підгрупи.

Пацієнти групи I були прооперовані: методом лігування гемороїдальних вузлів латексними кільцями (підгрупа IA) — 130 пацієнтів; методом інфрачервоної фотокоагуляції судинних ніжок гемороїдальних вузлів (підгрупа IB) — 95 хворих; методом трансректальної гемороїдальної деартеріалізації було прооперовано 50 пацієнтів (підгрупа IC).

Група II складалась із: 110 пацієнтів, пролікованих методом лігування гемороїдальних вузлів латексними кільцями (підгрупа ІІА); 50 хворим виконали інфрачервону фотокоагуляцію судинних ніжок гемороїдальних вузлів (підгрупа ІІВ); у 95 пацієнтів застосували комбінований метод трансректальної гемороїдальної деартерилізації з латексним лігуванням гемороїдальних вузлів (підгрупа ІІС); у 48 пацієнтів метод трансректальної гемороїдальної деартерилізації був доповнений шовним ліфтингом внутрішніх гемороїдальних вузлів (підгрупа ІІД).

У групу III увійшли: 250 пацієнтів, оперованих методом закритої гемороїдектомії (підгрупа ІІІА); 55 хворим (підгрупа ІІІВ) було виконано циркулярну степлерну гемороїдопексію (операція Лонго); у 105 пацієнтів (підгрупа ІІІС) операція Лонго була доповнена додатковою шовною гемороїдопексією внутрішніх гемороїдальних вузлів (модифікована гемороїдопексія); у 40 пацієнтів метод трансректальної гемороїдальної деартерилізації був доповнений шовним ліфтингом внутрішніх гемороїдальних вузлів (підгрупа ІІІД).

Стадія захворювання визначалась після проведення передопераційного обстеження, в яке входили: загальноклінічне обстеження (загальний та біохімічний аналізи крові, коагулограма, загальний аналіз сечі, ЕКГ, ФГ ОГП), загальне проктологічне обстеження (збір анамнезу, огляд, пальцеве обстеження, ректороманоскопія), при закрепах, синдромі малих ознак або анемії — іригоскопія або фіброколоноскопія, спеціалізоване проктологічне обстеження (трансректальна доплерометрія, анальна сфінктерометрія, трансректальна сонометрія). Результати проведеного лікування у всіх хворих досліджуваних груп були відслідковані протягом двох років динамічного спостереження.

Результати дослідження та їх обговорення

Ефективність кожного використаного методу хірургічного лікування визначали за наступними показниками:

1. частота інтраопераційних ускладнень: інтраопераційна кровотеча, вираженість больового синдрому (для малоінвазивних методик);
2. тривалість оперативного втручання;
3. післяопераційні ускладнення: кровотечі, гострий тромбоз гемороїдальних вузлів, вираженість больового синдрому, дизуричні розлади, стриктура та неспроможність анального сфінктера;

4. тривалість стаціонарного лікування та непрацездатності на амбулаторному етапі лікування;

Структура ускладнень раннього післяопераційного періоду в групі I (I стадія ХГ) наведена в табл. 1. Середня тривалість проведення операції становила: підгрупа IA — 8,3 хв., підгрупа IB — 3,9 хв., підгрупа IC — 30,4 хв.

Таблиця 1

Структура ускладнень раннього післяопераційного періоду (група I, n=275)

Ускладнення	Підгрупа IA (n=130)		Підгрупа IB (n=95)		Підгрупа IC (n=50)	
	n	%	n	%	n	%
Кровотеча інтраопераційна	0	0	0	0	4	8,0
Біль інтраопераційний	0	0	0	0	0	0
Кровотеча післяопераційна	7	5,4	1	1,1	4	8,0
Біль післяопераційний	17	13,1	1	1,1	7	14,0
Тромбоз зовнішніх вузлів	6	4,6	1	1,1	4	8,0

Середня тривалість непрацездатності пацієнтів групи I була наступною: підгрупа IA — 4,45 дня, підгрупа IB — 2,15 дня, підгрупа IC — 4,54 дня.

Віддалені результати проведеного лікування пацієнтів з I стадією ХГ наведені в табл. 2.

Таблиця 2

Кумулятивна частота незадовільних результатів лікування ХГ протягом двох років залежно від методики лікування (група I, n=275)

Підгрупи	Результат лікування	Термін спостереження, міс.				
		До 1	1-3	3,1-6	6,1-12	12,1-24
IA	Задовільний	100	99,2	95,4	82,4	75,7
	Незадовільний	0	0,8	4,6	17,6	24,3
IB	Задовільний	100	98,9	93,5	91,3	89,0
	Незадовільний	0	1,1	6,5	8,7	11,0
IC	Задовільний	100	100	93,9	89,8	87,7
	Незадовільний	0	0	6,1	8,2	12,3

Структура ускладнень раннього післяопераційного періоду в другій досліджуваній групі (II стадія ХГ) наведена в табл. 3. Середня тривалість проведення операції становила: підгрупа ІІА — 11,1 хв., підгрупа ІІВ — 4,1 хв., підгрупа ІІС — 35,4 хв., підгрупа ІІD — 39,8 хв.

Таблиця 3

Структура ускладнень раннього післяопераційного періоду (група II, n=303)

Ускладнення	Підгрупа ІІА (n=110)		Підгрупа ІІВ (n=50)		Підгрупа ІІС (n=95)		Підгрупа ІІD (n=48)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Кровотеча інтраопераційна	0	0	0	0	10	10,5	5	10,4
Біль інтраопераційний	0	0	0	0	2	2,1	1	2,2
Кровотеча післяопераційна	12	10,9	0	0	11	11,6	1	2,1
Біль післяопераційний	16	14,5	1	2	17	17,9	9	18,8
Тромбоз	12	10,9	1	2	11	11,6	6	12,5

Середня тривалість непрацездатності пацієнтів групи II була наступною: підгрупа ІІА — 5,5 дні, підгрупа ІІВ — 2,5 дні, підгрупа ІІС — 5,7 дні, підгрупа ІІD — 5,6 дні.

Віддалені результати проведеного лікування пацієнтів з II стадією ХГ наведені в табл. 4.

Таблиця 4

Кумулятивна частота незадовільних результатів лікування ХГ протягом двох років залежно від методики лікування (група II, n=303)

Підгрупи	Результат лікування	Термін спостереження, міс.				
		До 1	1-3	3,1-6	6,1-12	12,1-24
ІІА	Задовільний	100	98	90	60,7	54,2
	Незадовільний	0	2	10	39,3	45,8
ІІВ	Задовільний	100	97,3	89,9	70,7	65,5
	Незадовільний	0	2,7	10,1	29,3	34,5
ІІС	Задовільний	100	100	100	96,5	96,5
	Незадовільний	0	0	0	3,5	3,5
ІІD	Задовільний	100	100	97,9	97,9	97,9
	Незадовільний	0	0	2,1	2,1	2,1

Безпосередні результати хірургічного лікування пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді в третій досліджуваній групі (III-IV стадія ХГ) наведені в табл.5.

Таблиця 5

Безпосередні результати хірургічного лікування (група III, n=450)

Результати лікування	Підгрупа IIIA (n=250)	Підгрупа IIIB (n=55)	Підгрупа IIIC (n=105)	Підгрупа IIID (n=40)
Тривалість операції	33,5 хв.	15,2 хв.	17,3 хв.	40,5 хв.
Об'єм крововтрати	110±50 мл	20±5 мл	25±5 мл	15±10 мл
Післяопераційний больовий синдром (ВАШ)	5,2 бала	2,1 бала	2,3 бала	2,0 бала
Затримка сечопуску	36 (14,4%)	4 (7,3%)	8 (7,6%)	3 (7,5%)
Тромбоз зовнішнього вузла	15 (6,0%)	3 (5,45%)	55 (4,8%)	1 (2,5%)
Післяопераційна кровотеча	12 (4,8%)	2 (3,6%)	1 (0,95%)	1 (2,5%)
Післяопераційний ліжко-день	5,8	2,5	2,3	1,9

Середня тривалість непрацездатності пацієнтів групи III була наступною: підгрупа IIIA — 14,9 дня, підгрупа IIIB — 5,4 дня, підгрупа IIIC — 5,2 дня, підгрупа IIID — 5,6 дня.

Віддалені результати проведеного лікування пацієнтів з III та IV стадією ХГ наведені в табл. 6.

Таблиця 6

Кумулятивна частота незадовільних результатів лікування ХГ протягом двох років залежно від методики лікування (група III, n=450).

Підгрупи	Результат лікування	Термін спостереження, міс.				
		До 1	1-3	3,1-6	6,1-12	12,1-24
IIIA	Задовільний	100	100	99,6	98,7	98,7
	Незадовільний	0	0	0,4	1,3	1,3
IIIB	Задовільний	100	100	100	100	97,9
	Незадовільний	0	0	0	0	2,1
IIIC	Задовільний	100	100	100	98,9	98,9
	Незадовільний	0	0	0	1,1	1,1
IIID	Задовільний	100	100	94,9	86,7	86,7
	Незадовільний	0	0	2,1	13,3	13,3

Провівши порівняльний аналіз отриманих даних дослідження, встановлено, що найкращі результати лікування в першій групі дослідження були в підгрупі ІВ, тобто методом вибору при лікуванні пацієнтів з І стадією ХГ являється інфрачервона фотокоагуляція судинних ніжок гемороїдальних вузлів. У другій досліджуваній групі кращі результати лікування отримані в підгрупі ІІД, отже, методом вибору в лікуванні хворих на ХГ ІІ стадії являється метод трансректальної гемороїдальної деартеріалізації, доповнений шовним ліфтингом внутрішніх гемороїдальних вузлів. Найкращі порівняльні результати лікування серед пацієнтів групи ІІІ отримані в підгрупі ІІІС — операція Лонго, доповнена додатковою шовною гемороїдопексією внутрішніх гемороїдальних вузлів (модифікована гемороїдопексія), отже, даний метод лікування є методом вибору в лікуванні пацієнтів з ІІІ та ІV стадією ХГ.

На основі отриманих порівняльних результатів малоінвазивного та хірургічного лікування було вироблено диференційований підхід до вибору тієї чи іншої методики лікування хворих на ХГ у залежності від стадії розвитку захворювання та розроблений діагностично-лікувальний алгоритм.

Висновки

1. Основним завданням передопераційного етапу являється адекватне визначення стадії хронічного геморою.

2. Диференційований підхід до вибору методу втручання на основі стадійності захворювання призводить до хороших результатів хірургічного лікування хворих на хронічний геморою.

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.
2. Воробьев Г.И. Клиническая колопроктология / Г.И.Воробьев. — М.: МИА, 2006. — 431 с.
3. Воробьев Г.И. Геморрой / Г.И.Воробьев, Ю.А.Шельгин, Л.А.Благодарный. — М.: Митра-Пресс, 2002. — 192 с.
4. Захараш М.П. Сучасні принципи діагностики та лікування геморою. Метод. рек. / М.П.Захараш, О.І.Пойда, В.М.Мальцев. — К.: Національний медичний університет, 2002. — 23 с.
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 mucosotomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomized controlled trial / M. Rowsell, M. Bello, D. Hemingway // Lancet — 2000. — №355. — P. 779-781.
7. Ho Y. Stapled haemorrhoidectomy — cost and effectiveness, randomized controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry and endo-anal ultrasound assessment at up to three months / Y. Ho, W. Cheong, C. Tsang // Dis. Colon Rectum. — 2000. — №43. — P. 1666-1675.

А.А.Шудрак. Результаты дифференцированного подхода к хирургическому лечению больных с хроническим геморроем. Киев, Украина.

Ключевые слова: хронический геморрой, методы диагностики и хирургического лечения, результаты малоинвазивного и хирургического лечения.

В статье представлены результаты хирургического лечения 1028 пациентов с хроническим геморроем I-IV стадии. В зависимости от стадии геморроя больные были разделены на три группы исследования. Сравнение результатов лечения проводилось внутри групп между использованными методами вмешательства. На основе проведенного анализа полученных результатов разработан диагностически-лечебный алгоритм дифференцированного подхода к хирургическому лечению больных с хроническим геморроем.

A.A.Shudrak. Results of differential approach to surgical treatment of patients with chronic hemorrhoids. Kyiv, Ukraine.

Key words: chronic hemorrhoids, methods of diagnostic and surgical treatment, results of miniinvasive and surgical treatment.

This article represented results of surgical treatment 1028 patients with chronic haemorrhoids I-IV st. Depending on the stage of hemorrhoid patients were divided into three groups. Comparison of treatment results conducted within groups between used methods of intervention. On the basis of the conducted analysis of results developed diagnostics and therapeutic algorithm of differential approach to surgical treatment of patients with chronic hemorrhoids.