

ОПТИМІЗАЦІЯ ВИБОРУ МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕМОРОЙ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАДІЇ

А.А.Шудрак

Головний військовий медичний клінічний центр
Київ, Україна

У статті представлено результати хірургічного лікування 1030 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 геморою.

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

Вступ

Упродовж останніх десятиліть геморою продовжує залишатись одним із найпоширеніших захворювань людства, з приводу якого найчастіше хворі звертаються до лікаря-колопроктолога. Захворюваність на геморою, згідно з 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.), становить 130-150 випадків на 1000 дорослого населення. Частота хронічного геморою (ХГ) в структурі колопроктологічних захворювань сягає 40-42% (Вороб'єв Г.И., Щелыгин Ю.А. и др., 2002; Мішалов В.Г., Бурка А.О. та ін., 2006; Gupta P.J., 2005). На геморою 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.

Близько 30% хворих на ХГ звертаються за медичною допомогою лише на пізніх стадіях захворювання та потребують радикального хірургічного лікування (Воробьев Г.И., Шельгін Ю.А. и др., 2002.). В Україні найбільш поширеним методом хірургічного лікування пацієнтів з даною нозологією являється гемороїдектомія за Міліганом та Морганом у різноманітних її модифікаціях (Захараш М.П., Пойда О.І. та ін., 2008). Травматичність проведення операції за вказаним методом обумовлює значний відсоток виникнення інтенсивного післяопераційного больового синдрому (23-24%) та розвиток ранніх і пізніх ускладнень у вигляді: рефлексорної затримки сечопуску (15-26%), нагноєння або кровотеча (4-6%), стриктури або недостатності анального сфінктера (2-4%) [3, 5], що спонукає 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).

Не зважаючи на існуючу різноманітність сучасних методик, у 8-21% хворих на хронічний геморой після хірургічного лікування виникають незадовільні результати та ускладнення лікування (Мішалов В.Г. та ін., 2010; Мамчич В.І., Палієнко Р.К. та ін., 2008; Нечай І.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, необґрунтоване використання

тієї чи іншої методики лікування, розширення показань до хірургічного лікування, перевищення прогнозованої лікувальної ефективності та нав'язування пацієнтові наявних в арсеналі зацікавлених медичних закладів методик лікування, особливо малоінвазивних.

Таким чином, на сьогодні не розроблені патогенетично обгрунтовані показання 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; Chaгъа Guindic L. et al., 2009).

Метою дослідження було обгрунтувати 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 1030 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) увійшли 277 (27%) пацієнтів з I стадією хронічного геморою, прооперованих амбулаторно з використанням малоінвазивних методик. Другу групу (група II) склали 303 (29%) пацієнти з 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 досліджуваних 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 ІВ) — 97 хворих, методом трансректальної гемороїдальної деартерилізації було прооперовано 50 пацієнтів (підгрупа ІС).

Друга досліджувана група (група ІІ) складалась зі 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 третю досліджувану групу (група ІІІ) 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, ФГОП), 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 досліджених груп були відслідковані протягом двох років динамічного спостереження.

Результати дослідження та їх обговорення

Ефективність кожного використаного методу хірургічного лікування визначали за наступними показниками: частота інтраопераційних ускладнень — інтраопераційна кровотеча, вираженість болювого синдрому (для малоінвазивних методик); тривалість оперативного втручання; післяопераційні ускладнення — кровотечі,

гострий тромбоз гемороїдальних вузлів, вираженість больового синдрому, дизуричні розлади, стриктура та неспроможність анального сфінктера; тривалість стаціонарного лікування та непрацездатності на амбулаторному етапі лікування; структура ускладнень раннього післяопераційного періоду в першій досліджуваній групі (І стадія ХГ) наведена в табл. 1. Середня тривалість проведення операції становила: підгрупа ІА — 8,3 хв., підгрупа ІВ — 3,9 хв., підгрупа ІС — 30,4 хв.

Таблиця 1

Структура ускладнень раннього післяопераційного періоду (група І, n=277)

Ускладнення	Підгрупа ІА (n=130)		Підгрупа І (n=97)		Підгрупа ІС (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 І була наступною: підгрупа ІА — 4,45 дня, підгрупа ІВ — 2,15 дня, підгрупа ІС — 4,54 дня.

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

Таблиця 2

Кумулятивна частота незадовільних результатів лікування ХГ протягом двох років залежно від методики лікування (група І, n=277)

Підгрупа	Результат лікування	Термін спостереження, міс.				
		До 1	1-3	3,1-6	6,1-12	12,1-24
ІА	Задов.	100	99,2	95,4	82,4	75,7
	Незадов.	0	0,8	4,6	17,6	24,3
ІВ	Задов.	100	98,9	93,5	91,3	89,0
	Незадов.	0	1,1	6,5	8,7	11,0
ІС	Задов.	100	100	93,9	89,8	87,7
	Незадов.	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 ІА — 11,1 хв., підгрупа ІВ — 4,1 хв., підгрупа ІС — 35,4 хв., підгрупа ІД — 39,8 хв.

Таблиця 3

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

Ускладнення	Підгрупа ІА (n=110)		Підгрупа ІВ (n=50)		Підгрупа ІС (n=95)		Підгрупа ІД (n=48)	
	n	%	n	%	N	%	n	%
	Кровотеча ІО	0	0	0	0	10	10,5	5
Біль ІО	0	0	0	0	2	2,1	1	2,2
Кровотеча ПО	12	10,9	0	0	11	11,6	1	2,1
Біль ПО	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 ІА — 5,5 дні, підгрупа ІВ — 2,5 дні, підгрупа ІС — 5,7 дні, підгрупа ІД — 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)

Підгрупа	Результат лікування	Термін спостереження, міс.				
		До 1	1-3	3,1-6	6,1-12	12,1-24
ІА	Задов.	100	98	90	60,7	54,2
	Незадов.	0	2	10	39,3	45,8
ІВ	Задов.	100	97,3	89,9	70,7	65,5
	Незадов.	0	2,7	10,1	29,3	34,5
ІС	Задов.	100	100	100	96,5	96,5
	Незадов.	0	0	0	3,5	3,5
ІД	Задов.	100	100	97,9	97,9	97,9
	Незадов.	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) наведена 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.
ПО больовий синдром (ВАШ)	5,2 бали	2,1 бал	2,3 бали	2,0 бали
Затримка сечопуску	36 (14,4%)	4 (7,3%)	8 (7,6%)	3 (7,5%)
Тромбоз зовнішнього вузла	15 (6,0%)	3 (5,45%)	5 (4,8%)	1 (2,5%)
ПО кровотеча	12 (4,8%)	2 (3,6%)	1 (0,95%)	1 (2,5%)
ПО ліжко-день	5,8	2,5	2,3	1,9

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

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)

Підгрупа	Результат лікування	Термін спостереження, міс.				
		До 1	1-3	3,1-6	6,1-12	12,1-24
IIIA	Задов.	100	100	99,6	98,7	98,7
	Незадов.	0	0	0,4	1,3	1,3
IIIB	Задов.	100	100	100	100	97,9
	Незадов.	0	0	0	0	2,1
IIIC	Задов.	100	100	100	98,9	98,9
	Незадов.	0	0	0	1,1	1,1
IIID	Задов.	100	100	94,9	86,7	86,7
	Незадов.	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 I стадією ХГ, є інфрачервона фотокоагуляція судинних ніжок гемороїдальних вузлів. В другій досліджуваній групі кращі результати лікування отримані в підгрупі ІІД, отже, методом вибору в лікуванні хворих на хронічний гемороїд II стадії є метод трансректальної гемороїдальної деартерилізації, доповнений шовним ліфтингом внутрішніх гемороїдальних вузлів. Найкращі порівняльні результати лікування серед пацієнтів групи III 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 III та IV 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 в залежності від стадії розвитку захворювання та розроблений наступний діагностично-лікувальний алгоритм (рис. 1).

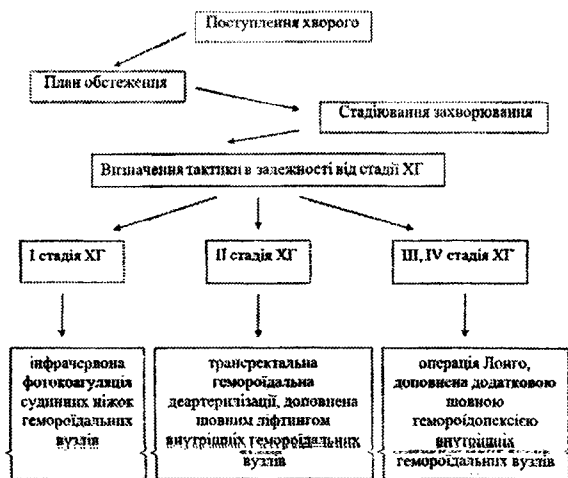


Рис. 1. Діагностично-лікувальний алгоритм у хворих на ХГ.

Висновки

1. Основним завданням передопераційного етапу є 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. Acheson A.G., Scholfield J.H. Management of haemorrhoid // BMJ. — 2008. — Vol. 336, №7640. — P. 380-383.
7. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management // World J.Gastroenterol. — 2012. — Vol. 18, №17. — P. 2009-2017.

А.А.Шудрак. Оптимизация выбора метода хирургического лечения больных с хроническим геморроем в зависимости от стадии. Киев, Украина.

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

В статье представлены результаты хирургического лечения 1030 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 диагностическо-лечебный алгоритм дифференцированного подхода к хирургическому лечению больных с хроническим геморроем.

A.A.Shudrak. Optimization of choice of method of surgical treatment of patients with chronic hemorrhoids in dependence on the stage. Kyiv, Ukraine.

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