

УДК 617-089.844, 616.352.5

## АЛГОРИТМ ВЫБОРА СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ II–III СТЕПЕНИ

Мидленко В. И., Нгуен Д. Т., Евтушенко Е. Г., Карташев А. А.

*ФГБОУ ВПО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия (432000, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42), e-mail: alexandermd@yandex.ru*

Разработан алгоритм выбора способа оперативного лечения хронического геморроя II–III степени в зависимости от стадии патологического процесса и анатомических особенностей пациентов. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 154 больных хроническим геморроем II–III степени с использованием традиционного подхода к выбору оперативного лечения (46 больных) и разработанного алгоритма (108 больных). В первой группе всем пациентам производилась традиционная геморроидэктомия по Миллигану – Моргану во 2 модификации НИИ Колопроктологии, а во второй группе, в зависимости от стадии процесса и анатомических особенностей, производилась геморроидэктомия, аппаратная геморроидэктомия по Лонго и проксимальное лигирование геморроидальных артерий. Разработанный алгоритм выбора оперативного лечения позволил снизить риск возникновения послеоперационных осложнений с 30,4 % до 12,0 % и сократить сроки лечения больных с 29,1 до 22,3 суток.

Ключевые слова: геморрой, алгоритм выбора, дезартеризация, операция Лонго.

## THE ALGORITHM FOR SELECTING A METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC II–III DEGREE HEMORRHOIDS

Midlenko V. I., Nguyen D. T., Evtushenko E. G., Kartashev A. A.

*Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia (432000, Ulyanovsk, L.Tolstogo 42), e-mail: alexandermd@yandex.ru*

We have developed the algorithm for selecting a method of surgical treatment of chronic II–III degree hemorrhoids. We performed comparative analysis of the results of surgical treatment of 154 patients with chronic II–III degree hemorrhoids, using conventional approach (46 patients) and using our algorithm (108 patients). In the first group, all patients performed a traditional Milligan – Morgan hemorrhoidectomy in 2 modification of Coloproctology Research Institute, and in the second group, depending on the stage of the pathological process and the anatomical features according to developed algorithm (Milligan – Morgan hemorrhoidectomy, Longo's stapled hemorrhoidectomy and proximal ligation of hemorrhoidal arteries). We found that the developed algorithm of choice of surgical treatment allowed to reduce the risk of postoperative complications from 30.4 % to 12.0 % and reduce the time of treatment from 29.1 to 22.3 days.

Keywords: hemorrhoids, hemorrhoidal artery ligation, Longo operation.

### Введение

Хронический геморрой II–III ст. занимает первое место среди заболеваний колопроктологического профиля [1, 2, 3, 4].

Высокая частота встречаемости данного заболевания обуславливает важность этой проблемы для современного общества, так как хронический геморрой, несмотря на отсутствие угрозы жизни, приводит к значительному ухудшению качества жизни больных, приводит к длительным срокам нетрудоспособности и часто к необходимости смены рода трудовой деятельности [1, 2, 3, 4, 5].

До настоящего времени было разработано множество способов оперативных вмешательств у больных хроническим геморроем. При этом все они имеют ряд недостатков и обладают повышенным риском возникновения в послеоперационном периоде различных

осложнений. Таких как недержание кала и газов [2, 4], анестезии перианальной области [1, 4], нарушение процесса дефекации [1,4].

Эти нарушения жизнедеятельности организма в послеоперационном периоде требуют длительной реабилитации и, иногда, повторных оперативных вмешательств. Риск подобных осложнений можно значительно уменьшить путем разработки алгоритма выбора способа оперативного лечения в зависимости от стадии заболевания и анатомических особенностей анального канала и промежности у конкретных больных.

Данное направление в лечении заболеваний анального канала и промежности получило распространение в последние годы, но до настоящего времени в отечественной [2, 3, 4, 5] и зарубежной [7,9] литературе приводятся лишь некоторые исследования, посвященные выбору способа операции в зависимости от анатомических особенностей пациентов.

### **Цель исследования**

Улучшение результатов хирургического лечения хронического геморроя II–III степени у больных трудоспособного возраста путем разработки и внедрения алгоритма выбора способа оперативного лечения геморроя в зависимости от стадии заболевания и анатомических особенностей анального канала и промежности у конкретных больных.

### **Материалы и методы исследования**

Авторами был разработан алгоритм выбора способа оперативного лечения хронического геморроя II–III степени в зависимости от стадии заболевания и анатомических особенностей анального канала и промежности у конкретных больных (таблица 1).

Алгоритм выбора способа оперативного лечения

Таблица 1

<b>Форма заболевания</b>	<b>Способ операции</b>
Хронический геморрой II–III степени с выраженными наружными узлами	Геморроидэктомия по Миллигану – Моргану во второй модификации НИИ Колопроктологии
Хронический геморрой II–III степени (с выпадением слизистой оболочки)	Аппаратная геморроидэктомия по Лонго
Хронический геморрой II–III степени (без выпадения слизистой оболочки)	Прокximальное лигирование геморроидальных артерий (дезартеризация геморроидальных узлов)

В исследование включено 154 пациента с диагнозом "хронический геморрой", оперированных в период 2008–2011 гг. в хирургических отделениях ГУЗ Ульяновская областная больница № 2 и ГУЗ Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи.

Из них мужчин 80 (52 %), женщин 74 (48 %). В возрасте от 18 до 80 лет, средний возраст  $47,5 \pm 13,8$  лет.

Все пациенты, в зависимости от подходов к лечению, были разделены на 2 группы. В первую группу включено 46 больных, оперированных в период 2008–2010 гг., которым выполнялась геморроидэктомия по Миллигану – Моргану во второй модификации НИИ Колопроктологии [3] без использования разработанного алгоритма (ретроспективная часть исследования). Во вторую (исследуемую) группу включено 108 больных, оперированных в 2010–2011 гг. с использованием разработанного алгоритма выбора способа оперативного вмешательства в зависимости от стадии заболевания и анатомических особенностей пациента (перспективная часть исследования).

В зависимости от способа оперативного лечения все больные в исследуемой группы были разделены на 3 подгруппы. В первую включены 45 больных, которым произведена геморроидэктомия по Миллигану – Моргану во второй модификации НИИ Колопроктологии, во вторую – 26 больных, которым произведена аппаратная геморроидэктомия по Лонго [4], в третью – 37 больных, которым произведено проксимальное лигирование геморроидальных артерий [4, 8].

Все группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям и способам обезболивания.

Ближайшие результаты оценивались во время нахождения больных в стационаре, отдаленные в сроки не менее 6 месяцев после операции.

Статистическая обработка результатов исследования производилась с помощью пакета программ Statistica 6. Применялся t тест для связанных и не связанных случаев. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ . Для сравнения групп по качественному бинарному признаку использовали критерий Фишера. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась в программе Microsoft Excel 2007.

### **Результаты и обсуждение**

Для оценки эффективности предложенного алгоритма выбора способа оперативного лечения были оценены ближайшие и отдаленные результаты.

При рассмотрении ближайших результатов лечения следует отметить, что во второй группе практически в три раза реже встречались ранние послеоперационные осложнения (таблица 2).

Структура ранних послеоперационных осложнений

Таблица 2.

Исследуемая группа	Всего осложнений, больные (%)	Задержка мочи, больные (%)	Кровотечение, больные (%)	Некроз слизистой, больные (%)	Нагноение ран, больные (%)
Первая группа n=46	14 (30,4)*	8 (17,4)	4 (8,6)	1 (2,2)	1 (2,2)

Вторая группа n=108	13 (12,0)*	9 (8,3)	3 (2,8)	1 (0,9)	0 (0,0)
------------------------	------------	---------	---------	---------	---------

\*  $p < 0,05$  между первой и второй группами.

Ранние послеоперационные осложнения в обеих группах были представлены: рефлексорной задержкой мочи, кровотечением из послеоперационных ран, некрозом слизистой оболочки и нагноением раны. При этом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) ранние послеоперационные осложнения встречались чаще у пациентов первой группы (14 больных 30,4 %) по сравнению со второй группой (13 больных, 12,0 %).

Следует отметить, что наиболее частым осложнением в обеих группах была рефлексорная задержка мочи, которая наблюдалась у 8 (17,4 %) больных в первой группе и 9 (8,3 %) больных второй группы. Несколько реже наблюдалось возникновение кровотечения – у 4 (8,6 %) больных первой группы и 3 (2,8 %) больных второй группы. Некроз слизистой оболочки наблюдался у 1 (2,2 %) больного первой группы и 1 (0,9 %) больного второй группы. Нагноение раны наблюдалось только у 1 (2,2 %) больного первой группы.

Средние сроки госпитализации, полного заживления ран и временной нетрудоспособности представлены в следующей таблице (таблица 3).

#### Результаты лечения

Таблица 3

Исследуемая группа	Средние сроки госпитализации, сутки	Средние сроки временной нетрудоспособности, сутки
Первая группа (геморроидэктомия) n=45	12,6±5,4*†~	29,1±13,1*†~
Вторая группа (всего) n=108	9,8±3,2*	22,3±5,9*
Первая подгруппа (геморроидэктомия) n=45	9,9±6,4†~	24,2±7,2†‡•~
Вторая подгруппа (операция Лонго) n=26	10,1±4,5°	19,0±4,8‡°
Третья подгруппа (проксимальное лигирование геморроидальных артерий) n=37	8,1±2,3°	14,8±2,1°•

\*  $p < 0,05$  между первой и второй группами, †  $p < 0,05$  между первой группой и первой подгруппой второй группы, ‡  $p < 0,05$  между первой и второй подгруппами второй группы, °  $p < 0,05$  между второй и третьей подгруппами второй группы, •  $p < 0,05$  между первой и третьей подгруппами второй группы, ~  $p < 0,05$  между первой группой и первой подгруппы второй группы.

При сравнительной оценке средних сроков госпитализации и временной нетрудоспособности наилучшие результаты наблюдаются во второй группе и составляют  $9,8 \pm 3,2$  и  $22,3 \pm 5,9$  суток соответственно против  $12,6 \pm 5,4$  и  $29,1 \pm 13,1$  суток соответственно в первой группе (различие всех значений статистически достоверно,  $p < 0,05$ ).

При рассмотрении отдаленных результатов лечения в срок более 6 месяцев с момента операции следует отметить, что отдаленные осложнения возникли у 1 (2,2 %) пациента первой группы и 2 (1,8 %) пациентов второй группы.

В первой группе и первой подгруппе второй группы наблюдалось по 1 больному со стриктурой анального канала, которая в обоих случаях была пролечена консервативно. В третьей подгруппе второй группы возник 1 (0,9 %) рецидив внутреннего геморроя, который успешно был пролечен повторным проведением проксимального лигирования геморроидальных артерий. Летальных исходов не было.

### **Выводы**

1. Дифференцированный подход к лечению хронического геморроя в зависимости от стадии патологического процесса и анатомических особенностей анального канала у конкретных больных позволяет обеспечить оптимальный выбор способа оперативного лечения.
2. Использование предложенного алгоритма выбора способа оперативного лечения геморроя II–III степени в зависимости от стадии патологического процесса и анатомических особенностей пациентов позволяет значительно снизить риск возникновения послеоперационных осложнений (с 30,4 % до 12,0 %) и сократить сроки лечения больных (с 29,1 до 22,3 суток).
3. Использование физиотерапевтического лечения в послеоперационном периоде способствует уменьшению болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде и способствует лучшей реабилитации больных.

### **Список литературы**

1. Аминев А. М. Руководство по проктологии / А.М. Аминев. – Куйбышев, 1965. – Т. 1. – 486 с.
2. Воробьев Г. И. Основы колопроктологии / Г. И. Воробьев [и др.]; под ред. Г. И. Воробьев. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 432 с.
3. Федоров В. Д. Клиническая оперативная проктология / В. Д. Федоров, Г. И. Воробьев, В. Л. Ривкин. – М., 1994. – 427 с.

4. Воробьев Г. И. Геморрой / Г. И. Воробьев, Ю. А. Щельгин, Л. А. Благодарный. – М.: Изд-во ООО "Митра-Пресс", 2002. – 192 с.
5. Ривкин В. Л. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, С. Н. Файн. – М.:Медпрактика, 2001. – 300 с.
6. Кузьминов А. М. Циркулярная слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки (степлерная геморроидпексия) при лечении больных хроническим геморроем / А. М. Кузьминов, Ю. Ю. Чубаров, А. А. Тихонов, Ш. Т. Минбаев, В. Ю. Королик // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2010. – Т. 20. – № 3. – С.82-87.
7. Felice G. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation: an alternative to hemorrhoidectomy / Felice G., Privitera A., Ellul E., Klaumann M. // Dis Colon Rectum. – 2005. – Nov. 48(11):2090-3.
8. Morinaga K. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter / Morinaga K., Hasuda K., Ikeda T. // Am J Gastroenterol. – 1995 Apr; 90(4):610-3.
9. Varut Lohsiriwat, Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management / Varut Lohsiriwat // World J Gastroenterol. – 2012, May 7. – 18(17): 2009–2017.

**Рецензенты:**

Шапкин Ю.Г., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава РФ, г.Саратов.

Островский В.К., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей и оперативной хирургии с топографической анатомией и курсом стоматологии хирургии, офтальмологии и оториноларингологии ФГБОУ ВПО Ульяновский государственный университет, г.Ульяновск.