

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОМБИНИРОВАННОГО ГЕМОРРОЯ III–IV СТАДИИ

О. А. Литвинов¹, Е. В. Житихин¹, И. Г. Игнатович¹, О. А. Арутюнян¹, А. Г. Арустамов¹, М. Л. Гринев¹

¹ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

CHOICE OF SURGICAL TREATMENT FOR CHRONIC COMPOSITE HEMORRHOID STAGE III–IV

O. A. Litvinov¹, E. V. Zhitikhin¹, I. G. Ignatovich¹, O. A. Arutyunyan¹, A. G. Arustamov¹, M. L. Grinev¹

¹ S. M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Defense Ministry, Saint Petersburg, Russia

Резюме. С целью оценки результатов использования новой модификации геморроидэктомии проведен сравнительный анализ лечения 142 больных, оперированных по поводу хронического геморроя III–IV стадии. Возраст пациентов варьировал от 27 до 80 лет (средний возраст $50,4 \pm 6,7$). У 86 больных (60,6%) диагностирована III стадия хронического геморроя, у 56 (39,4%) — IV стадия. Для проведения исследования больные были разделены на основную и контрольную группы. Основную группу составили 73 (51,4%) больных, перенесших геморроидэктомию в нашей модификации. В контрольной группе было 69 (48,6%) больных, оперированных по методу Миллигана–Моргана во II модификации Государственного научного центра колопроктологии с использованием биполярного коагулятора LigaSure. В раннем послеоперационном периоде оценивался уровень болевого синдрома по цифровой рейтинговой шкале. В группе больных, оперированных по нашей методике, в раннем послеоперационном периоде болевой синдром был менее выражен (3,2 против 4,9 баллов), что потребовало меньшего количества анальгетиков. За счет выполнения полукружных разрезов на границе аноректальной складки и низведения слизистой оболочки значительное по объему иссечение кавернозной ткани не приводит к сужению анального канала, тем самым снижает частоту функциональных расстройств после геморроидэктомии (4 рис., 1 таб., библи.: 7 ист.).

Ключевые слова: геморроидэктомия, геморрой, оценка боли, цифровая рейтинговая шкала.

Статья поступила в редакцию 30.09.2020 г.

ВВЕДЕНИЕ

Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний в развитых индустриальных странах, им страдает более 10% взрослого населения планеты [1–3]. Его распространенность достигает 120–140 случаев на 1000 взрослого населения [4, 5]. В структуре заболеваний прямой кишки и анального канала геморрой составляет 34–41% [1, 5].

Несмотря на совершенствование консервативной терапии, развитие малоинвазивных способов лечения, не менее чем у трети больных геморроем возникают показания к радикальной геморроидэктомии [1, 4]. Основным методом лечения хронического геморроя III–IV стадии является хирургический, направленный на ликвидацию основных коллекторов геморроидальной ткани. Хирургическое лечение хронического геморроя III–IV ста-

Summary. A comparative analysis of the treatment of 142 patients operated on chronic hemorrhoid stage III–IV has been passed by way of assess the results of using new version of hemorrhoidectomy. The age of patients ranged from 27 to 80 (mean age was 50.4 ± 6.7). 86 (60.6%) patients were diagnosed with stage III chronic hemorrhoid, at 56 (39.4%) patients — the stage IV. For this study patients were divided into basic and controlled groups. The basic group consisted of 73 (51.4%) patients that have had hemorrhoidectomy using our modification. There were 69 (48.6%) patients in control group that have been operated by Milligan–Morgan method in second modify of State Scientific Center of Proctology using bipolar coagulator LigaSure. The level of pain was assessed in the early postoperative period by numeric rating scale. The patients had been operated by our method mentioned that the pain syndrome was less pronounced (3.2 against 4.9 balls), that required less painkillers in the early postoperative period. In the case of doing semicircle cuts on the border of anocutaneous crinkle and bringing down mucous membrane, the significant excision of the cavernous tissue doesn't lead to contraction of the anal canal by that reduces the number of functional disorders after hemorrhoidectomy (4 figs, 1 table, bibliography: 7 refs).

Key word: evaluation of pain, hemorrhoidectomy, numeric rating scale.

Article received 30.09.2020.

дии остается до настоящего времени непростой и до конца не решенной проблемой.

Необходимость удаления значительного по объему количества кавернозной ткани приводит к образованию большой по площади раневой поверхности при открытой геморроидэктомии или к сужению анального канала при наложении швов на слизистую оболочку. Этим объясняется достаточно большой процент развития послеоперационных осложнений у больных, прооперированных по поводу хронического комбинированного геморроя III–IV стадии. У 23–34% больных в раннем послеоперационном периоде возникает выраженный болевой синдром, у 15–20% развиваются дизурические расстройства, у 2–4% — кровотечения [1, 6, 7]. В отдаленном периоде у 5–9% прооперированных больных развиваются стриктуры анального канала, а у 2–4% выявляется слабость анального

сфинктера [4, 7]. Период заживления послеоперационных ран составляет 4–6 нед.

Все вышесказанное заставляет искать пути совершенствования хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии с целью уменьшения вероятности возникновения как ранних, так и поздних осложнений после операции, а также неблагоприятных последствий геморроидэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены результаты хирургического лечения 142 пациентов с хроническим геморроем III–IV стадии, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ВМедА в период с 2012 по 2020 г. Среди них было 74 (52,1%) мужчин и 68 (47,9%) женщин в возрасте от 27 до 80 лет (средний возраст $50,4 \pm 6,7$). У 86 больных (60,6%) диагностирована III стадия хронического геморроя, у 56 (39,4%) — IV стадия.

Критериями включения в исследования были: III–IV стадия хронического геморроя; отсутствие других сопутствующих заболеваний и ранее перенесенных оперативных вмешательств на прямой кишке; отсутствие тяжелой сопутствующей патологии, наркотической, алкогольной зависимости. Предоперационное обследование включало данные общеклинического исследования с обязательным выполнением фиброколоноскопии. Предоперационная подготовка в обеих группах была одинаковой и включала в себя: назначение бесшлаковой диеты накануне операции, подготовка кишечника, бритье операционного поля. Подготовка кишечника осуществлялась с использованием слабительных средств с осмотическими свойствами. Для проведения исследования больные были разделены на основную и контрольную группы. В контрольную группу были включены 69 больных, оперированных по методу Миллигана–Моргана во II модификации Государственного научного центра (ГНЦ) колопроктологии с использованием биполярного коагулятора LigaSure. Основную группу составили 73 больных, перенесших геморроидэктомию в нашей модификации.

Техника операции

Операцию проводили в положении камнесечения, на спине с разведенными и фиксированными на подставках ногами. После обработки операционного поля выполняли дивульсию ануса, уточняли расположение геморроидальных узлов, их характер (наличие «циркулярного» расположения кавернозных телец). На границе анодермы и слизистой анального канала выполняли полуокружный разрез по направлению сверху вниз, протяженностью от 1 до 5 ч условного циферблата часов (рис. 1).

На свободный край рассеченной слизистой анального канала с геморроидальным узлом параллельно линии разреза накладывали зажим Люера, слизистая с геморроидальным узлом отводилась кнутри. На свободный край анодермы накладывали зажим для захватывания кишечной стенки, анодерма отводилась кнаружи. Порция наружного сфинктера выделялась от кавернозной ткани и отводилась кнаружи. В подслизистом слое выполнялось отсепаровывание слизистой анального канала вместе с кавернозной тканью наружного и внутреннего геморроидальных узлов с применением монополярного электрохирургического высокочастотного аппарата (рис. 2).

По ходу выделения осуществлялась спрей-коагуляция кавернозной ткани и конечных ветвей геморроидальных артерий без наложения каких-либо лигатур на так называемую сосудистую ножку геморроидального узла. По достижении верхнего края внутреннего геморроидального узла избыточная слизистая анального канала с кавернозными тельцами, начиная от верхнего края, отсекалась монополярным электрокоагулятором с чередованием режима коагуляции и резки, и тотчас же накладывался узловый шов между слизистой оболочкой прямой кишки и анодермой без натяжения тканей (рис. 3).

Таким образом, чередуя разрез — шов, разрез — шов, выполнялось отсечение геморроидальных узлов с избытком слизистой анального канала (рис. 4а). Аналогичным способом выполнялось уда-

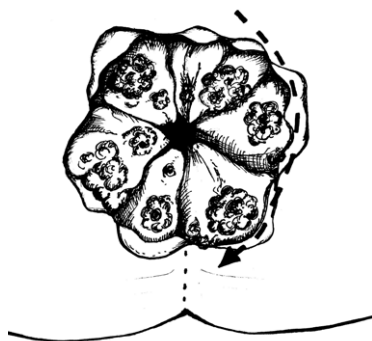


Рис. 1. Направление полуокружного разреза

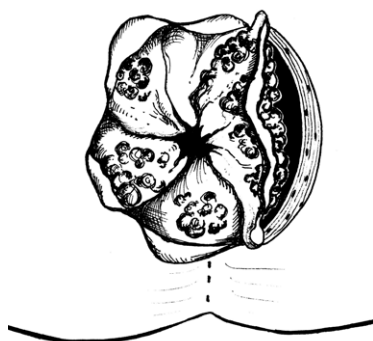


Рис. 2. Мобилизация слизистой анального канала с кавернозными тельцами в подслизистом слое

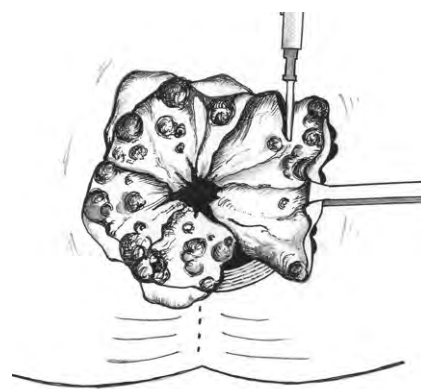


Рис. 3. Избыток слизистой анального канала с кавернозными тельцами поэтапно отсекается с наложением швов

ление геморроидальных узлов с противоположной стороны, при этом полуокружный разрез на границе слизистой анального канала и анодермы выполнялся от 7 до 11 ч условного циферблата часов (рис. 4б).

Для наложения швов использовался рассасывающийся шовный материал на атравматической игле («Викрил», «Сафил») с условным номером 3/0.

Операции как в основной, так и в контрольной группе заканчивались введением в анальный канал марлевой полоски с мазью на жирорастворимой основе на одни сут.

В раннем послеоперационном периоде до первой перевязки всем больным из соображений превентивного обезболивания однократно назначались наркотические анальгетики (1,0 мл 2% раствора промедола, 2,0 мл 5% раствора трамадола). В последующем назначался препарат кеторолак в виде внутримышечных инъекций. В первые двое суток после операции больным назначалась диета № 0 с целью задержки стула. Как правило, первый стул наблюдался к 4–5-м сут послеоперационного периода.

Пациенты обеих групп получали стандартный протокол послеоперационной терапии, который включал средства для размягчения стула, местную противовоспалительную терапию, флеботонические препараты.

Оценка болевого синдрома осуществлялась в раннем послеоперационном периоде в 1-е, 2-е и 3-и сут и после первой дефекации с использованием цифровой рейтинговой 10-балльной шкалы (ЦРШ, Numerical Rating Scale, NRS), где «0» — отсутствие какой-либо боли, а «10» — нестерпимая боль. Осложнения раннего послеоперационного периода регистрировали в те же интервалы времени, что и боль. К осложнениям отнесены состояния, при которых пациенту требовалась медицинская помощь: задержка мочеиспускания, кровотечение, анальная инконтиненция. Критериями готовности пациентов к выписке на амбулаторное лечение были отсутствие потребности в парентеральном назначении

анальгетиков, положительная динамика местного раневого процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средняя длительность анамнеза заболевания у пациентов основной и контрольных групп не отличалась и составила $10,6 \pm 6,5$ и $9,7 \pm 5,4$ лет. У 81 (57,0%) пациентов оперативное лечение выполнено под общей комбинированной анестезией с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) (ларенгиальная маска), у 61 (43,0%) — под сочетанной (спинальной или сакральной с общей внутривенной без ИВЛ) анестезией.

Средняя продолжительность операции в контрольной группе составила $48,8 \pm 5,2$ мин, в основной — $43,7 \pm 5,1$ мин. Длительность стационарного лечения у пациентов обеих групп достоверно не отличалась и составила в основной группе $8,6 \pm 1,5$ сут, в контрольной — $9,1 \pm 1,7$ сут.

В 1-е сут после операции интенсивность болевого синдрома по ЦРШ была меньше в основной группе, чем в контрольной, и составила $4,6 \pm 0,3$ балла против $5,5 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$). Во 2–3-и сут уровень боли в исследуемых группах существенно не отличался и составил $3,0–4,0 \pm 0,2$ балла. Существенные различия в выраженности болевого синдрома наблюдались после первой дефекации: в основной группе — $3,2 \pm 0,3$ балла, в контрольной — $4,9 \pm 0,4$ балла ($p < 0,05$).

Более низкий уровень болевого синдрома в основной группе потребовал назначения меньшего количества анальгетиков (кеторолак) — в среднем $1,6 \pm 0,3$ мл против $2,1 \pm 0,2$ мл в контрольной группе.

Осложнения раннего послеоперационного периода выявлены у 7 (9,6%) пациентов основной и у 13 (18,8%) больных контрольной группы (табл. 1).

В структуре осложнений преобладали дизурические расстройства, зарегистрированные у 4 (5,5%) и 6 (8,7%) больных исследуемых групп. Осложнения отмечены у пациентов мужского пола

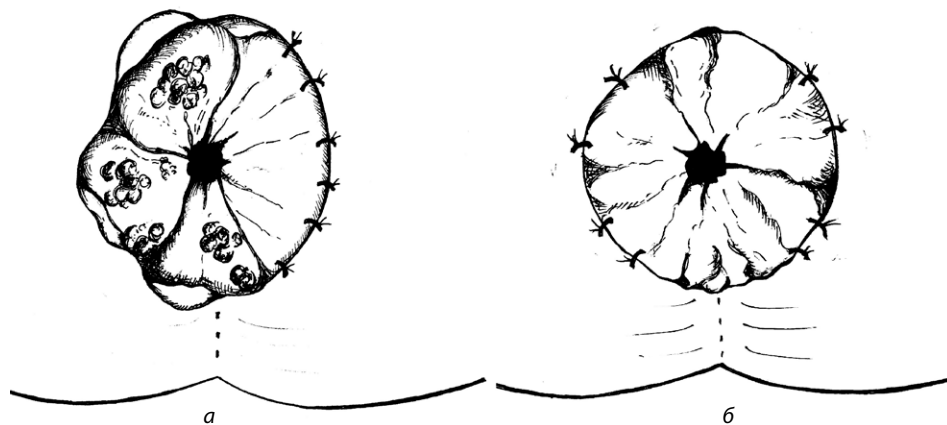


Рис. 4. Узловые швы на анодерму и слизистую оболочку: а — после удаления кавернозной ткани и избыточной слизистой на левой полуокружности; б — окончательный вид послеоперационной раны

Осложнения раннего послеоперационного периода

Характер осложнения	Основная группа (n = 73)	Контрольная группа (n = 69)
Кровотечение	2 (2,7)	6 (8,7)
Задержка мочи	4 (5,5)	6 (8,7)
Анальная инконтиненция	1 (1,4)	1 (1,4)
Без осложнений	69 (94,5)	56 (81,2)

в первые часы после операции в виде задержки мочи, потребовавшие однократной катетеризации мочевого пузыря. Данные осложнения мы связываем с влиянием перенесенной спинальной анестезии. Ректальные кровотечения в основной группе выявлены у 2 (2,7%) пациентов и у 6 (8,7%) пациентов контрольной группы. У 2 пациентов основной группы на 2-е сут развилось кровотечение из линии кожно-слизистого шва, купируемое местной консервативной терапией. У пациентов контрольной группы кровотечения развились на 3–5-е сут, после первой дефекации. Причинами кровотечения явилось отторжение коагуляционного струпа из основания удаленного геморроидального узла, в 2 случаях потребовавшее оперативного пособия в объеме прошивания кровоточащего сосуда. Явления временной анальной инконтиненции выявлены у 2 (1,4%) пациентов старшей возрастной группы, купированные самостоятельно к моменту выписки из стационара (5–7-е сут).

Исходы лечения у пациентов основной группы отличались меньшим количеством осложнений в отдаленном периоде — 2 (2,7%) случая против

6 (8,7%) в контрольной группе. Стриктура анального канала выявлена у 2 (2,7%) пациентов основной и у 4 (5,8%) пациентов контрольной группы. Рецидив геморроидальной болезни отмечен у 2 (2,9%) больных контрольной группы. В основной группе случаев рецидива заболевания не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Опыт использования предложенной на кафедре общей хирургии ВМедА им. С. М. Кирова модификации геморроидэктомии свидетельствует, что она имеет определенные преимущества в сравнении с методикой геморроидэктомии по Миллигану–Моргану с LigaSure, главным образом в виде меньшего уровня послеоперационного болевого синдрома, меньшего количества ранних послеоперационных осложнений.

Геморроидэктомия в модификации клиники общей хирургии ВМедА им. С. М. Кирова показана при хроническом комбинированном геморрое III–IV стадии с циркулярным расположением кавернозной ткани и выпадением слизистой анального канала.

УВЕДОМЛЕНИЕ

Авторы внесли равный вклад в данную работу и сообщают об отсутствии какого-либо конфликта интересов.

ACKNOWLEDGMENT

Authors contributed equally into this work and declare no conflict of interest.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

- Vorobyov G. I., Shelygin Yu. A., Blagodarny L. A. Hemorrhoids. M.: Litterra Publisher; 2010. 200. Russian (Воробьев Г. И., Шельгин Ю. А., Благодарный Л. А. Геморрой. М.: Литтерра; 2010. 200).
- Arsiani N. A randomized clinical trial comparing Ligasure versus stapled hemorrhoidectomy. Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 2012; 22 (1): 58–61.
- Kaya B. Short and long term results of stapled hemorrhoidectomy. Düzce Tıp Dergisi. 2012; 14 (2): 18–22.
- Shelygin Yu. A. Acute and chronic hemorrhoids. In: Shelygin Yu. A., ed. Clinical recommendations. Coloproctology, Moscow: GEOTAR-Media Publisher; 2017: 30–53. Russian (Шельгин Ю. А. Острый и хронический геморрой. В кн.: Шельгин Ю. А., ред. Клинические рекомендации. Колопроктология. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017: 30–53).
- Rivkin V. L. Modern concepts of pathogenesis and treatment of hemorrhoids. Med. advice. 2013; 2 (2): 103–7. Russian (Ривкин В. Л. Современные концепции патогенеза и лечения геморроя. Мед. совет. 2013; 2 (2): 103–7).
- Chen C. W. Results of 666 consecutive patients treated with LigaSure hemorrhoidectomy for symptomatic prolapsed hemorrhoids with a minimum follow-up of 2 years. Surgery. 2013; 153 (2): 211–8.
- Johannsson H. O. Functional and structural abnormalities after milligan hemorrhoidectomy: a comparison with healthy subjects. Dis. Colon Rectum. 2013; 56 (7): 903–8.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Литвинов Олег Александрович — докт. мед. наук, профессор, профессор кафедры общей хирургии, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

Житихин Евгений Владимирович — канд. мед. наук, старший преподаватель кафедры общей хирургии, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

Игнатович Игорь Глебович — канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры общей хирургии, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

Арутюнян Ованес Арташович — канд. мед. наук, преподаватель кафедры общей хирургии, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

Арустамов Артур Генрихович — канд. мед. наук, доцент кафедры общей хирургии, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

Гринев Михаил Леонидович — канд. мед. наук, преподаватель кафедры общей хирургии, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Litvinov Oleg A. — M. D., D. Sc. (Medicine), professor, professor of the Common Surgery Department, S. M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Defense Ministry, bld. 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044

Zhitikhin Evgeniy V. — M. D., Ph. D. (Medicine), senior lecturer of the Common Surgery Department, S. M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Defense Ministry, bld. 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044

Ignatovich Igor G. — M. D., Ph. D. (Medicine), associate professor, associate professor of the Common Surgery Department, S. M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Defense Ministry, bld. 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia

Arutyunyan Hovannes A. — M. D., Ph. D. (Medicine), teacher of the Common Surgery Department, S. M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Defense Ministry, bld. 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044

Arustamov Artur G. — M. D., Ph. D. (Medicine), associate professor of the Common Surgery Department, S. M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Defense Ministry, bld. 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044

Grinev Mikhail L. — M. D., Ph. D. (Medicine), teacher of the Common Surgery Department, S. M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Defense Ministry, bld. 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044