

Степлерна гемороїдектомія при комбінованому геморої III–IV стадії в поєднанні з хронічною анальною тріщиною

Мета роботи: порівняти ранні результати степлерної циркулярної гемороїдектомії та гемороїдектомії за Мілліган–Морганом при хронічному комбінованому геморої III–IV стадії в поєднанні з хронічною анальною тріщиною.

Матеріали і методи. Всім пацієнтам у передопераційний період проведено клінічні та біохімічні дослідження крові та сечі, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, консультації інфекціоніста, онколога. Всім пацієнтам проведено інструментальні дослідження прямої та ободової кишки для виключення іншої патології.

Результати досліджень та їх обговорення. У роботі представлено порівняльний аналіз ранніх результатів хірургічного лікування хронічного геморою III–IV стадії в поєднанні з хронічною анальною тріщиною: 27 (55,1%) хворим першої групи було виконано степлерну гемороїдектомію згідно з розробленим нами способом, висікання анальної тріщини лазером, 22 (44,9 %) хворі другої групи перенесли гемороїдектомію за Мілліганом–Морганом в другій модифікації НДІ проктології м. Москви, висікання анальної тріщини лазером. У ранній післяопераційний період (до 10 діб) оцінювали: тривалість операції; інтенсивність болю за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою через 24, 120 і 240 год після операції; тривалість больового синдрому; час повернення до нормальної активності; частоту ранніх (до 30 діб) післяопераційних ускладнень. Встановлено, що повернення до нормальної активності в другій групі тривало в середньому в 1,6 раза довше, ніж в першій; ранні результати в першій групі були кращими, ніж в другій.

Ключові слова: степлерна гемороїдектомія; геморої; хронічна анальна тріщина.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Обсяг малоінвазивних втручань при хронічному геморої в США, Німеччині, Бельгії, Великобританії, Франції, Італії за 2010–2012 рр. становить близько 55–80 % і має чітку тенденцію до щорічного збільшення за рахунок розробки та впровадження нового високотехнологічного обладнання та широкої інформаційної доступності пропонованих методів як серед лікарів, так і пацієнтів. Це дозволяє щорічно досягати зниження кількості осіб з пізніми стадіями хронічного геморою, знизити вартість лікування [1].

Мета роботи: порівняти ранні результати степлерної циркулярної гемороїдектомії та гемороїдектомії за Мілліган–Морганом при хронічному комбінованому геморої III–IV стадії у поєднанні з хронічною анальною тріщиною.

Матеріали і методи. Всім пацієнтам у передопераційний період проведено клінічні та біохімічні дослідження крові та сечі, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, консультації інфекціоніста, онколога. Всім пацієнтам проведено інструментальні дослідження прямої та ободової кишки для виключення іншої патології.

У роботі викладено результати лікування 49 хворих із комбінованим гемороєм III–IV стадії у поєднанні з хронічною анальною тріщиною, яких

було прооперовано в клініці кафедри хірургії та судинної хірургії (клініка "Медіком", Київська міська клінічна лікарня № 8) з 2014 до 2017 рр. Першу (основну) групу склали 27 хворих, яким було виконано степлерну гемороїдектомію (відому як Procedure for Prolapse & Hemorrhoids (PPH), Stapled Hemorrhoidectomy, Circumferential Mucosectomy) за розробленим нами способом (Деклараційний патент України на корисну модель "Спосіб хірургічного лікування хронічного комбінованого геморою III–IV стадій" № 112799 від 26.12.2016 р., бюл. № 24) [2] з висіканням тріщини лазером у межах здорової слизової оболонки з задньою дозованою сфінктеротомією та висіканням лазером зовнішніх гемороїдальних вузлів. До другої групи (порівняння) увійшло 22 (44,9 %) хворі, котрим виконано гемороїдектомію за Мілліган–Морганом у другій модифікації НДІ проктології м. Москви [3] з відновленням слизової оболонки відхідникового каналу, з висіканням тріщини лазером у межах здорової слизової оболонки та із задньою дозованою сфінктеротомією та висіканням зовнішніх гемороїдальних вузлів лазером.

Всім хворим було проведено антибіотикопрофілактику цефалоспорином II покоління, а також профілактику тромботичних ускладнень низькомолекулярним гепарином Цибор® відповідно до ступеня ризику. В післяопераційному періоді всім хворим була рекомендована дієта із споживанням

великої кількості рідини і продуктів, що містять багато рослинних волокон.

У дослідження не були включені: вагітні жінки, хворі із запальними захворюваннями кишечника, із рецидивною анальною тріщиною або котрі перенесли іншу операцію на анальному каналі, із загальносоматичними супутніми хронічними захворюваннями в фазі декомпенсації, із гранулематозними захворюваннями (туберкульоз, саркоїдоз), інфекційними (ВІЛ/СНІД) або онкологічними.

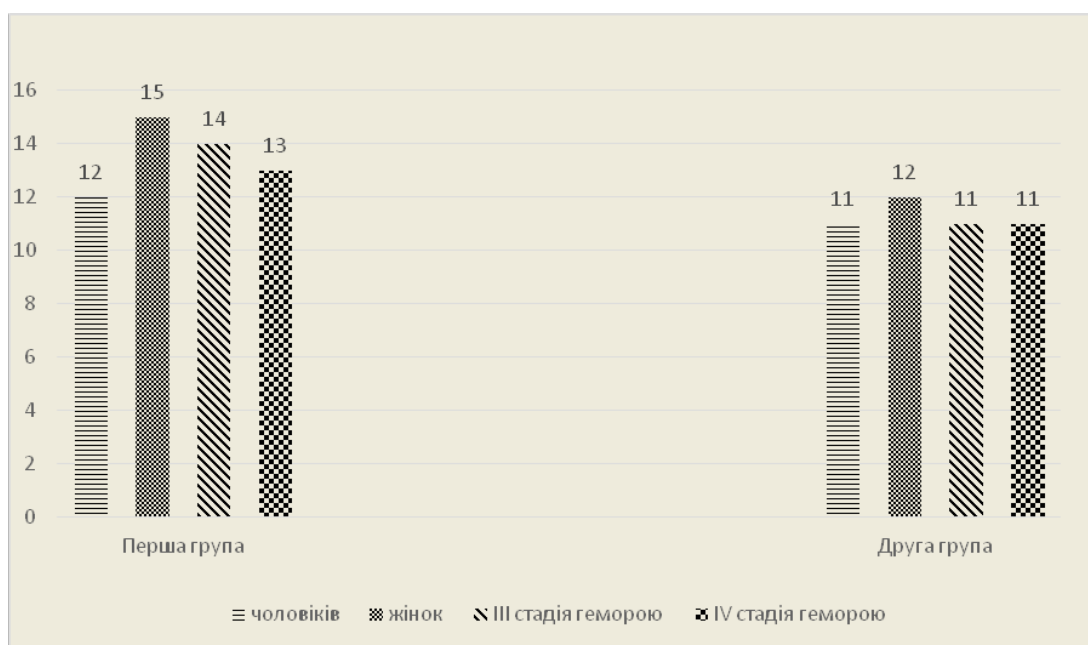
Вік пацієнтів варіював від 33 до 72 років, середній вік у першій групі склав (48,1±2,5) року, в другій (50,3±2,9) року (p>0,05).

У ранній післяопераційний період (до 10 діб) оцінювали: тривалість операції; інтенсивність болю за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою через 24, 120 і 240 годин після операції; три-

валість больового синдрому; час повернення до нормальної активності; частоту ранніх (до 30 діб) післяопераційних ускладнень.

Для статистичної обробки застосовували середню арифметичну – М, середню похибку середньої арифметичної – m, t – критерій Стьюдента. Статистично достовірними вважали відмінність при p<0,05, для порівняння достовірності розбіжностей дискретних перемінних застосовували критерій Пірсона χ^2 . Розбіжності вважали статистично значущими при p<0,05.

Результати досліджень та їх обговорення. За віком порівнювані групи були однакові (p>0,05). Як видно із даних рисунка 1 та таблиці 1, за статтю, стадією геморою та локалізацією анальної тріщини порівнювані групи були однакові (p χ^2 >0,05).



Примітка. p χ^2 >0,05, (p χ^2 – критерій Пірсона).

Рис. 1. Розподіл пацієнтів залежно від статі, стадії геморою.

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів залежно від локалізації тріщини

	I група	II група
Задня анальна тріщина	21	18
Передня анальна тріщина	6	4

Примітка. p χ^2 >0,05, (p χ^2 – критерій Пірсона).

Як видно з таблиці 1, у близько 80 % хворих обох груп анальна тріщина розташована по задньосерединній лінії. Відповідно до гіпотези авторів [4], це пов'язано із поганою перфузією саме цієї частини анального каналу. Передні анальні тріщини виявляють приблизно у 10 % хворих

і мають різноманітну патофізіологію, виявляють переважно в осіб молодого віку, в основному у жінок, а також часто – у хворих з пошкодженням або дисфункцією зовнішнього анального сфінктера. Менш ніж у 1 % хворих виявляють бічну анальну тріщину або анальні тріщини множинних локалізацій [5]. Поділяємо точку зору Zaghiyan K. та співавт. [5], що хірургічне лікування хронічної анальної тріщини має суттєві переваги над консервативним.

Середня тривалість операційного втручання в першій групі склала (37,3±0,04) хв, у другій – (44,7±0,02) хв. Розбіжності достовірні (p<0,05).

3 ДОСВІДУ РОБОТИ

Таким чином, операція в II групі тривала в середньому майже на 20 % довше, ніж в I.

Як видно із таблиці 2, достовірних розбіжностей за інтенсивністю болю в обох групах в 1-шу та 5-ту доби після операції не виявлено, цей показник досить високий в обох групах, що пояснюється не тільки травматичністю безпосередньо гемороїдектомії, а також необхідною глибиною висікання хронічної анальної тріщини. На 8-му добу після операції інтенсивність болю в II групі була в середньому в 1,5 раза вища, ніж в I ($p < 0,05$), на 10-ту добу після операції інтенсивність болю в II групі була в середньому в 1,3 раза вищою, ніж в I ($p < 0,05$).

Тривалість больового синдрому, котрий потребував застосування ненаркотичних анагетиків (Дексалгін®), у I групі склала ($4,9 \pm 0,3$) доби, в II ($8,7 \pm 0,2$) доби. Розбіжності достовірні ($p < 0,05$). У післяопераційний період біль, для зняття якого призначали наркотичні анагетики, виявлено у всіх хворих: I групи – від 3 до 7 доз, в середньому ($3,9 \pm 0,2$) дози, II групи – від 3 до 9 доз, в середньому ($5,1 \pm 0,3$) дози. Таким чином, середнє значення кількості доз наркотичних анагетиків було достовірно вищим у хворих II групи порівняно з першою ($p < 0,05$).

Час повернення до нормальної активності в I групі в середньому склав ($17,87 \pm 2,34$) доби, в II – ($28,9 \pm 2,26$) доби ($p < 0,05$). Достовірно менша інтенсивність болю на 8-му, 10-ту доби після операції, менша тривалість больового синдрому, котрий потребував приймання ненаркотичних анагетиків, менше середнє значення кількості доз наркотичних анагетиків, коротший час повернення до нормальної активності в I групі порівняно з другою свідчать про меншу травматичність степлерної гемороїдектомії порівняно із гемороїд-

ектомією за Міліганом–Морганом у другій модифікації інституту проктології м. Москви.

Успішно застосовуємо досвід Oughriss M. та співавт. [6], що ідеальне розташування степлерного шва приблизно від 3 до 4 см вище зубчастої лінії може привести до зниження болю. Вищезазначене підтверджують результати досліджень Ratto C. та співавт. [7], що гемороїдальні артерії за 4–6 сантиметрів від зубчастої лінії розташовуються назовні від стінки прямої кишки, тоді як за 2 сантиметри від зубчастої лінії вони майже завжди виявляються в підслизовому шарі прямої кишки.

Відповідно до таблиці 3, ранні післяопераційні ускладнення в I групі склали 4 (14,8 %) випадки, в II групі – 5 (22,7 %) випадків, тобто в II групі ранніх післяопераційних ускладнень було на 7,9 % більше, ніж в I ($p < 0,05$).

Нагноєння рани зовнішнього гемороїдального вузла, які спостерігали в 2 (4,1 %) хворих, було успішно усунено при перев'язках. У 3 (6,1%) хворих було виявлено затримку сечі, пов'язану із простатитом, яку було усунено встановленням сечового катетера і подальшим лікуванням в уролога. Набряк кільця шва циркулярного степлера, виявлений в одного (0,04 %) пацієнта I групи, успішно пролікований введенням нестероїдного протизапального препарату як парентерально, так і місцево (ректальні супозиторії Диклоберл®). У 3 (6,1 %) пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді однократно розвинулася незначна (до 5 мл) капілярна кровотеча, яка не потребувала застосування хірургічних інструментів, була виявлена на перев'язці і купірована однократним застосуванням гемостатичної губки, внутрішньовенним введенням гемостатичних препаратів. Вважаємо слушними рекомендації Pescatori M.

Таблиця 2. Середня інтенсивність болю в обох групах (M±m)

Інтенсивність болю за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою через	I група, балів	II група, балів	p
24 год після операції	$7,8 \pm 0,3$	$8,5 \pm 0,28$	$>0,05$
120 год після операції	$4,7 \pm 0,2$	$4,8 \pm 0,25$	$>0,05$
192 год після операції	$2,2 \pm 0,15$	$3,2 \pm 0,21$	$<0,05$
240 год після операції	$1,8 \pm 0,11$	$2,4 \pm 0,1$	$<0,05$

Таблиця 3. Частота ранніх (до 30 діб) післяопераційних ускладнень

	I група	II група
Нагноєння рани зовнішнього гемороїдального вузла	1	1
Гостра затримка сечі	1	2
Набряк кільця шва циркулярного степлера	1	0
Капілярна кровотеча	1	2

Примітка. $p < 0,05$, ($p < 2$ – критерій Пірсона).

та співавт. [8], що для мінімізації ризику інтра- і постопераційної кровотечі у хворих, котрим виконується степлерна гемороїдектомія, необхідна інтраопераційна пальпаторна ревізія лінії степлерного шва, застосування гемостатичної губки.

Погоджуємось з К W Eu. та співавт. [9], що степлерна гемороїдектомія є операцією вибору при симптоматичному пролабууючому геморої, тобто при внутрішньому геморої III–IV стадії або комбінованому. Згідні з детальним визначенням Долгих О. Ю. та співавт. [10], що: 1) показами для виконання степлерної гемороїдектомії є: хронічний геморої II–IV стадії; опущення і випадання анального каналу; хронічний геморої IV стадії з випаданням слизової оболонки дистального відділу прямої кишки; рецидиви геморою після застосування інших малоінвазивних втручань і традиційної гемороїдектомії; хронічний геморої IV стадії з циркулярними зовнішніми гемороїдальними вузлами; 2) протипоказаннями для виконання сте-

плерної гемороїдектомії є гострий тромбоз зовнішніх гемороїдальних вузлів; зовнішній і внутрішній геморої IV стадії з випаданням слизової прямої кишки і відсутністю меж між внутрішніми і зовнішніми гемороїдальними вузлами; запальні захворювання прямої кишки й анального каналу; супутні захворювання (ІХС, нестабільна стенокардія, тяжкі форми хронічного обструктивного бронхіту тощо) в стадії декомпенсації.

Висновки. 1. Повернення до нормальної активності в II групі тривало в середньому в 1,6 рази довше, ніж в I.

2. Ранні результати степлерної гемороїдектомії за розробленим нами способом із висіканням хронічної анальної тріщини лазером є кращими, ніж гемороїдектомії за Мілліган–Морганом із висіканням хронічної анальної тріщини лазером при хронічному комбінованому геморої III–IV стадії в поєднанні з хронічною анальною тріщиною.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Малоінвазивні методи хірургічного лікування геморою / О. І. Лісов, Є. Є. Переш, А. К. Курбанов [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2016. – № 10.3 – С. 87–88.
2. Пат. №112799, Україна, МПК (2016.01) A61B 17/00. Спосіб хірургічного лікування хронічного комбінованого геморою III – IV стадій / Саволук С. І., Сіряченко В. Г., Шуляренко О. В., Ігнатів І. М., Зуєнко В. В. – у 201607592; заявл. 11.07.2016; опубл. 26.12.2016, Бюл. № 24/2016
3. Ривкин В. Л. Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала / В. Л. Ривкин, Ю. В. Дульцев, Л. Л. Капуллер. – М. : Медицина, 1994. – С. 96–100.
4. Ischaemic nature of anal fissure / W. R. Schouten, J. W. Briel, J. J. Auwerda, De E. J. Graaf // Br. J. Surg. – 1996. – Vol. 83. – P. 63–65. 10.1002/bjs.1800830120
5. Zaghayan K. N. Anal fissure / K. N. Zaghayan, P. Fleshner // Clin. Colon Rectal Surg. – 2011. – Vol. 24. – P. 22–30.
6. Oughriss M. Complications of stapled hemorrhoidectomy: a

- French multicentre study / M. Oughriss, R. Yver, J. L. Faucheron // Gastroenterol. Clin. Biol. – 2005. – Vol. 29 (4). – P. 429–433
7. Assessment of haemorrhoidal artery network using colour duplex imaging and clinical implications / C. Ratto, A. Parello, L. Donisi [et al.] // Br. J. Surg. – 2012. – Vol. 99. – P. 112–118.
8. Pescatori M. Postoperative complications after procedure for prolapsed haemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures / M. Pescatori, G. Gagliardi // Tech. Coloproctol. – 2008. – Vol. 12 (1). – P. 7–19.
9. Eu K. W. Stapled haemorrhoidectomy or Longo's procedure? Two totally different concepts / K. W. Eu, J. H. Lai // Singapore Med. J. – 2005. – Vol. 46 (10). – P. 566–567.
10. Геморрой: учебное пособие / О. Ю. Долгих, О. Л. Соловьев, С. А. Столяров, А. А. Супильников. – Самара: Учебно-методическое объединение по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России; Медицинский институт "РЕАВИЗ", 2013. – 152 с.

REFERENCE

1. Lisov, O.I., Peresh, Ye.Ye., Kurbanov, A.K., Kotsar, O.Yu., & Povch, O.A. (2016). Maloinvazyvni metody khirurhichnoho likuvannia hemoroiu [Minimal invasive methods of surgical treatment of hemorrhoids]. *Klinichna khirurhiia – Clinical Surgery*, 10 (3), 87-88 [in Ukrainian].
2. Savoliuk, S.I., Siriachenko, V.H., Shuliarenko, O.V., Ihnатов, I.M. & Zuienko, V.V. Patent No. 112799, Ukraine (2016.01) A61B 17/00. Method of surgical treatment of surgical treatment of chronic combined hemorrhoids stage III–IV – u 201607592; stated. 11.07.2016; published. 26.12.2016, Bulletin No. 24/2016
3. Rivkin, V.L., Dultsev, Yu.V., & Kapuller, L.L. (1994). *Gemorroy i drugie zabolevania zadneprokhodnogo kanala [Hemorrhoids and other diseases of the anal canal]*. Moscow: Meditsina [in Russian].
4. Schouten, W.R., Briel, J.W., Auwerda, J.J., & De Graaf, E.J. (1996). Ischaemic nature of anal fissure. *Br. J. Surg.*, 83, 63-65. 10.1002/bjs.1800830120
5. Zaghayan, K.N., & Fleshner, P. (2011). Anal fissure. *Clin.*

- Colon Rectal Surg.* 24, 22-30.
6. Oughriss, M., Yver, R., & Faucheron, J.L. (2005). Complications of stapled hemorrhoidectomy: a French multicentre study. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 29 (4), 429-433
7. Ratto, C., Parello, A., Donisi, L., Litta, F., Zacccone, G., & Doglietto, G.B. (2012). Assessment of haemorrhoidal artery network using colour duplex imaging and clinical implications. *Br. J. Surg.*, 99, 112-118.
8. Pescatori, M., & Gagliardi, G. (2008). Postoperative complications after procedure for prolapsed haemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures. *Tech. Coloproctol.*, 12 (1), 7-19.
9. Eu, K.W. & Lai, J.H. (2005). Stapled haemorrhoidectomy or Longo's procedure? Two totally different concepts. *Singapore Med. J.*, 46 (10), 566-567.
10. Dolgikh O.Yu., Solovyov, O.L., Stolyarov, S.A. & Supilnikov, A.A. (2013). *Gemorroy: Uchebnoe posobie*. [Hemorrhoids: Tutorial]. Samara: REAVIZ [in Russian].

Отримано 13.04.2017

З ДОСВІДУ РОБОТИ

S. I. SAVOLIUK, I. M. IGNATOV, O. V. SHULYARENKO, V. V. ZUENKO, HASSEN HKIRI

P. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
Clinic "Medicom"
Kyiv City Clinical Hospital №8

STAPLED HEMORRHOIDECTOMY WHEN COMBINED HEMORRHOID GRADE III–IV COMPLICATED WITH CHRONIC ANAL FISSURE

The aim of the work: to compare early results of stapler circular hemorrhoidectomy and hemorrhoidectomy according to Milligan-Morgan in chronic combined hemorrhoids III-IV stage complicated by chronic anal fissure.

Materials and Methods. All patients in the preoperative period underwent clinical and biochemical studies of blood and urine, ultrasound examination of the abdominal cavity, consultation of an infectionist, oncologist. All patients have instrumental studies of the rectum and colon to exclude other pathology.

Results and Discussion. In the work the comparative analysis of early results of surgical treatment of chronic hemorrhoids III-IV stage complicated by a chronic anal fissure was presented: 27 (55.1 %) patients in the first group underwent stapler hemorrhoidectomy according to the method we developed, excision of the anal fissure by a laser, 22 (44.9 %) of patients in the second group suffered hemorrhoidectomy by Milligan-Morgan in the second modification of the Institute of Proctology of Moscow, excision of the anal fissure by a laser. In the early postoperative period (up to 10 days) evaluated: the duration of the operation; Pain intensity at the 10-point visual analog scale after 24, 120 and 240 hours after surgery; duration of pain syndrome; return time to normal activity; the frequency of early (up to 30 days) postoperative complications. It was found that return to normal activity in the second group lasted 1.6 times longer than in the first one; early results in the first group were better than in the second.

Key words: staple hemostaticectomy; hemorrhoids; chronic anal fissure.

С. И. САВОЛЮК, И. Н. ИГНАТОВ, О. В. ШУЛЯРЕНКО, В. В. ЗУЕНКО, ХАССЕН ХКИРИ

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика
Клиника "Медиком"
Киевская городская клиническая больница № 8

СТЕПЛЕРНАЯ ГЕМОРОИДЭКТОМИЯ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ГЕМОРОЕ III–IV СТАДИИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

Цель работы: сравнить ранние результаты степлерной циркулярной геморроидэктомии и геморроидэктомии по Миллиган–Морганом при хроническом комбинированном геморрое III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной.

Материалы и методы. Всем пациентам в предоперационном периоде проведены клинические и биохимические исследования крови и мочи, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, консультации инфекциониста, онколога. Всем пациентам проведены инструментальные исследования прямой и ободочной кишки для исключения другой патологии.

Результаты исследований и их обсуждение. В работе представлен сравнительный анализ ранних результатов хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной: 27 (55,1 %) больным первой группы было выполнено степлерные геморроидэктомия согласно разработанному нами способом, иссечение анальной трещины лазером, 22 (44, 9 %) больных второй группы перенесли геморроидэктомия по Миллиганом–Морганом во второй модификации НИИ проктологии м. Москвы, иссечение анальной трещины лазером. В ранний послеоперационный период (до 10 суток) оценивали: продолжительность операции; интенсивность боли по 10-балльной визуальной аналоговой шкале через 24, 120 и 240 ч после операции; продолжительность болевого синдрома; время возвращения к нормальной активности; частоту ранних (до 30 суток) послеоперационных осложнений. Установлено, что возвращение к нормальной активности во второй группе продолжалось в среднем в 1,6 раза дольше, чем в первой; ранние результаты в первой группе были лучше, чем во второй.

Ключевые слова: степлерная геморроидэктомия; геморрой; хроническая анальная трещина.