

С. І. САВОЛЮК¹, О. В. ШУЛЯРЕНКО¹, І. М. ІГНАТОВ², Л. В. ШУЛЯРЕНКО³,
В. Г. СІРЯЧЕНКО⁴, В. В. ЗУЄНКО¹ (Київ)

ПОРІВНЯННЯ ТРАДИЦІЙНОЇ ЗА МІЛЛІГАНОМ – МОРГАНОМ ТА СТЕПЛЕРНОЇ ЦИРКУЛЯРНОЇ ГЕМОРОЇДЕКТОМІЇ

¹Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика;

²Клініка «Медіком»; ³Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця;

⁴Київська міська клінічна лікарня № 8 <Aegoni@i.ua>

Проведено порівняльний аналіз ранніх результатів хірургічного лікування хронічного внутрішнього геморою III і IV стадії: 45 (52,33 %) хворим I групи виконано степлерну гемороїдектомію згідно з розробленим нами способом (Деклараційний патент України на корисну модель № 112799 від 26.12.2016 р., бюл. № 24); 41 (47,67 %) пацієнту II групи – гемороїдектомію за Мілліганом – Морганом. Встановлено, що середня тривалість оперативного втручання, вираженість та тривалість больового синдрому, що потребував застосування нестероїдних протизапальних анальгетиків, середні значення кількості доз наркотичних анальгетиків, термін повернення до нормальної активності, а також різновид і кількість ускладнень в основній групі були меншими, ніж в групі порівняння, що підтверджує правильність нашої розробки.

Ключові слова: гемороїдектомія, операція, хірургія.

Вступ. Незважаючи на численні публікації у вітчизняних та іноземних виданнях, проблема вибору найефективнішого способу лікування геморою дотепер не вирішена [8]. Найбільш використовуваним способом оперативного лікування цієї патології є гемороїдектомія за Мілліганом – Морганом. Проте чим більший розмір гемороїдальних вузлів і більша їх кількість верифікуються, тим технічно складніша дана операція і більша кількість ускладнень [7]. Найбільш поширеним і серйозним ускладненням є стеноз анального каналу і нетримання сечі, що призводить до значного болю у таких пацієнтів [6].

Степлерну циркулярну гемороїдектомію здійснюють за допомогою спеціально розробленого пристрою для циркулярного висічення надлишкової слизової оболонки (СО) або розширених внутрішніх гемороїдальних вузлів вище зубчастої лінії. Головною особливістю цього методу є відсутність будь-якої видимої періанальної рани, що повинно спричинити менш виражений біль, ніж звичайна гемороїдектомія [9]. Зважаючи на підвищений ризик розвитку ускладнень у хворих на цукровий діабет (ЦД) при хірургічних втручаннях, проблема вибору оптимального методу оперативного лікування стає актуальною.

Мета дослідження – порівняти ранні результати степлерної циркулярної гемороїдектомії та закритої гемороїдектомії за Мілліганом – Морганом з відновленням слизової оболонки анального каналу при хронічному внутрішньому геморої III–IV стадії.

Матеріали і методи. Хворих госпіталізовано до клініки кафедри хірургії та судинної хірургії НМАПО ім. П. Л. Шупика (Київська міська клінічна лікарня № 8, клініка «Медіком») в період з 2015 по 2017 р. в плановому порядку після стандартного передопераційного обстеження в амбулаторних умовах: загальноклінічні аналізи крові і сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма, дослідження крові на гепатит, ВІЛ, сифіліс, ректороманоскопія, електрокардіографія, рентгенологічне дослідження легень, огляд терапевта, у разі необхідності – консультація суміжних спеціалістів, додаткові обстеження. Пацієнтів розподілено на дві групи: I (основна) – 45 хворих, яким виконано степлерну циркулярну гемороїдектомію за розробленим нами способом і отримано Деклараційний патент України на корисну модель «Спосіб хірургічного лікування хронічного комбінованого геморою III–IV стадій» № 112799 від 26.12.2016 р., бюл. № 24. Запропонований спосіб виконують таким чином. Операцію проводять під спінальною анестезією. Після помірної дивульсії анального каналу, яку проводять двома пальцями або ректаль-

ним дзеркалом, анальний канал розтягують чотирма затискачами Аліса, що полегшує введення аноскопа з обтуратором, за допомогою якого відбувається вправлення внутрішніх гемороїдальних вузлів. Після видалення обтуратора СО, що випадає, виступає в порожнину аноскопа, прозорість пристрою дозволяє контролювати розташування зубчастої лінії, для більшої надійності аноскоп фіксують до шкіри промежини чотирма швами. Потім через аноскоп в порожнину кишки вводять ретрактор, який захищає і фіксує СО прямої кишки при накладанні кисетного шва (Prolene 2.0), що захоплює лише СО прямої кишки і накладається на 4–5 см вище зубчастої лінії. Чим вищий ступінь випадіння внутрішніх вузлів, тим вище слід накладати кисетний шов, при накладанні якого аноскоп витягують і потім знову вводять, щоб СО не перекручувалась і шов утворювався симетричним. Після видалення ретрактора степлер у відкритому стані вводять у пряму кишку так, щоб головка апарату розташовувалась вище кисетного шва. За допомогою провідника зав'язують кисетний шов і крючком кінці ниток виводять назовні через бічні канали в головці апарата, ззовні кінці ниток зв'язують між собою, утворюючи петлю, внаслідок помірної натягу кисета СО, що випала, затягується в апарат, який закривається. Потім виконують резекцію СО і її прошивання танталовими скріпками, для покращання гемостазу інструмент залишають в закритому положенні до і після прошивання протягом 20 с, апарат відкривають і видаляють з прямої кишки разом з її резектованою СО. Через аноскоп контролюють гемостаз, при кровоточивості в ділянці лінії танталових швів або відсутності зіставлення гемостаз або зіставлення виконують зварюванням м'яких тканин між браншами затискача, під'єданого до біполярного електрозварювального апарату «Патонмед». Операцію завершують введенням в анальний канал марлевої пов'язки, вкритої маззю, що огортає газовідвідну трубку, яку залишають на добу [2]. До II групи (порівняння) входив 41 хворий, якому було виконано закрити гемороїдектомію за Міллганом – Морганом з відновленням СО анального каналу [3].

Вік пацієнтів варіював від 42 до 65 років, середній вік в I групі становив $(55,1 \pm 3,1)$ року, в II – $(53,6 \pm 2,8)$ року ($P > 0,05$). Серед усіх пацієнтів (81 особа) у 20 (11 – I, 9 – II групи) був діагноз ЦД типу 2, середнього ступеня тяжкості і вони отримували цукрознижувальну терапію пероральними гіпоглікемізуючими препаратами. В усіх пацієнтів ЦД перед операцією був в стані субкомпенсації. Середній рівень глікозильованого гемоглобіну у хворих I групи (11 осіб) становив $(8,9 \pm 0,2) \% (M \pm m)$, II групи (9 осіб) – $(9,2 \pm 0,4) \% (M \pm m)$ ($P > 0,05$).

Розподіл пацієнтів залежно від статі, стадії геморою наведено в табл. 1.

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів залежно від статі та стадії геморою

Показник	I група	II група
Співвідношення чоловіків:жінок	21 : 24 = 0,875	19 : 22 = 0,864
III стадія геморою	25	23
IV стадія геморою	20	18
$P\chi^2 > 0,05$		

Примітка. $P\chi^2$ – критерій Пірсона.

Не включено до досліджуваних груп пацієнтів із стенозом анального каналу або нетриманням калу, яких раніше оперовано або попередньо виконували ін'єкційні операції з приводу геморою; із злоякісними пухлинами товстої, прямої кишки або анального каналу; з тяжкими захворюваннями серця, головного мозку, печінки, нирок, гематологічної або ендокринної системи.

Антибіотикопрофілактику проводили всім хворим цефалоспорином II покоління до і після операції; профілактику можливих тромботичних ускладнень – низькомолекулярним гепарином (Цибор®) з урахуванням ступеня ризику.

Результати оперативного втручання оцінювали в ранньому (до 10 діб після операції) післяопераційному періоді. Для оцінки ефективності лікування хворих обох груп застосовували такі критерії: середню тривалість оперативного втручання, ви-

раженість больового синдрому за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою протягом 24 год після операції, під час першої дефекації, на 7-му добу після операції, тривалість больового синдрому, який потребував застосування нестероїдних протизапальних аналгетиків, середнє значення кількості доз наркотичних аналгетиків, термін повернення до нормальної активності, частоту післяопераційних ускладнень.

При статистичній обробці використовували середню арифметичну M , середню похибку середньої арифметичної m , t -критерій Стьюдента. Статистично достовірними вважали різницю при $P < 0,05$. Для порівняння достовірності розбіжностей дискретних перемінних застосовували критерій Пірсона χ^2 . Розбіжності вважали статистично достовірними при $P < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Отже, при статистичному аналізі відмінностей між групами за віком, співвідношенням кількості чоловіків та жінок, стадією геморою, показниками компенсації вуглеводного обміну перед операцією не виявлено.

Середня тривалість оперативного втручання в I групі становила $(35,40 \pm 0,02)$ хв, в II – $(43,30 \pm 0,04)$ хв; різниця достовірна ($P < 0,05$).

Вираженість больового синдрому за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою протягом перших 24 год після операції становила в I групі в середньому $(3,1 \pm 0,2)$ бала, в II – $(8,20 \pm 0,32)$ бала; різниця достовірна ($P < 0,05$).

Вираженість больового синдрому за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою під час першої дефекації становила в I групі в середньому $(2,1 \pm 0,1)$ бала, в II – $(6,0 \pm 0,3)$ бала; різниця достовірна ($P < 0,05$).

Вираженість больового синдрому за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою на 7-му добу після операції в I групі була $(1,6 \pm 0,2)$ бала, в II – $(4,80 \pm 0,33)$ бала; різниця достовірна ($P < 0,05$).

Тривалість больового синдрому, який потребував застосування нестероїдних протизапальних аналгетиків (Дексалгін®), в I групі становила $(3,40 \pm 0,12)$ доби, в II – $(7,00 \pm 0,21)$ доби; різниця достовірна ($P < 0,05$).

В післяопераційному періоді біль, який потребував застосування наркотичних аналгетиків, виявлено у 2 (4,4 %) хворих I групи (середнє значення кількості наркотичних аналгетиків становило $0,04$ дози $\pm 0,03$ дози, та у всіх хворих II групи (середнє значення кількості наркотичних аналгетиків становило $1,51$ дози $\pm 0,09$ дози); різниця достовірна ($P < 0,05$).

Термін повернення до нормальної активності в I групі становив $(8,20 \pm 0,18)$ доби, в II – $(9,30 \pm 0,23)$ доби; різниця достовірна ($P < 0,05$).

Середня тривалість оперативного втручання в II групі була на 22,3 % довшою, ніж в I. Вираженість больового синдрому за 10-бальною шкалою була в II групі в середньому більшою, ніж в I: протягом перших 24 год – в середньому в 2,6 раза, під час першої дефекації – в 2,85 раза, на 7-му добу після операції – в 3 рази. Тривалість больового синдрому, який потребував прийому ненаркотичних аналгетиків, у II групі була в середньому в 2,1 раза довшою, ніж в I. Середнє значення кількості доз наркотичних аналгетиків в I групі було майже в 38 разів меншим, ніж у II. Термін повернення до нормальної активності в середньому в II групі був на 13 % довший, ніж в I.

Розподіл ранніх ускладнень в обох групах наведено в табл. 2.

Таблиця 2. Різновид, кількість і відсоток ускладнень

Показник	I група ($n = 45$)		II група ($n = 41$)	
	абс. од.	%	абс. од.	%
Ректальна кровотеча	1	2,22	3	7,32
Затримка сечі	1	2,22	3	7,32
Запор	1	2,22	3	7,32
Рецидив	0	0	2	4,88
Залишкові ознаки на шкірі	1	2,22	3	7,32
$P\chi^2 < 0,05$				

Примітка. $P\chi^2$ – критерій Пірсона.

Ректальна кровотеча у 1 хворого I групи і у 3 хворих II групи діагностована і зупинена інтраопераційно: в I групі за допомогою затискача, під'єданого до біполярного електрозварювального апарату «Патонмед», в II групі – за допомогою лігування.

Всі ускладнення успішно усунуто в стаціонарі. Встановлено, що різновид і кількість ускладнень в основній групі були меншими, ніж в групі порівняння. У 79 % хворих обох груп ранніх ускладнень не було.

У ранньому післяопераційному періоді вираженої декомпенсації ЦД не спостерігали в обох групах. Кетонові тіла в сечі не виявлено. При оцінці глікемічного профілю після операції середній рівень глікемії в I групі становив $(8,5 \pm 0,6)$ ммоль/л, в II групі – $(10,4 \pm 0,3)$ ммоль/л ($P < 0,05$). Таким чином, компенсація ЦД була кращою в I групі, що, можливо, пов'язано з легшим перебігом післяопераційного періоду і нижчим відсотком післяопераційних ускладнень.

Результати нашого дослідження близькі до даних літератури [4, 10].

Виконана в I групі операція може, по-перше, хірургічно коригувати як випадіння прямої кишки, так і геморої; по-друге, виконується на 3–4 см вище зубчастої лінії, на якій немає больової чутливості. Beattie та співавт. [5] повідомили, що приблизно 51 % пацієнтів, які перенесли таку операцію, не відчували післяопераційного болю. За даними В. Г. Мішалова та співавт. [1], оскільки в патогенезі хронічного геморою III–IV стадії на перший план виступає механічний фактор, тому патогенетично обґрунтованим при цих стадіях геморою є метод циркулярного ліфтингу, за допомогою якого усувається як гемодинамічний, так і механічний фактори патогенезу. До операції циркулярного ліфтингу також належить операція, виконана у хворих I групи.

Традиційна операція, виконана хворим II групи, по-перше, виконується в зоні, близькій до зубчастої лінії, і має тенденцію до пошкодження чутливого до болю п. pudendus, що призводить до більш інтенсивного післяопераційного болю, який потребує призначення наркотичних анагетиків та більш тривалого застосування нестероїдних протизапальних анагетиків впродовж стаціонарного лікування; по-друге, травматичніша і потребує більше часу на виконання, що призводить до тривалішого перебування в стаціонарі.

Висновки. 1. Запропонований нами спосіб хірургічного лікування геморою є операцією вибору при хронічному геморої III–IV стадій. 2. В основній групі виявлено на 25,26 % ускладнень менше, ніж в групі порівняння. 3. Тривалість больового синдрому, який потребував призначення нестероїдних протизапальних анагетиків, в групі порівняння була в середньому в 2,1 раза довшою, ніж в основній.

Список літератури

1. Мішалов В. Г., Шудрак А. А., Цема Є. В. Класифікація методів хірургічного лікування геморою // Наук. вісн. Ужгород. ун-ту. Сер. Медицина, 2010 р. – Вип. 39. – С. 210–216.
2. Патент №112799, Україна, МПК(2016.01) А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування хронічного комбінованого геморою III–IV стадій / С. І. Саволюк, В. Г. Сіряченко, О. В. Шуляренко, І. М. Ігнатів, В. В. Зуєнко. – у 201607592; заявл. 11.07.2016; опубл. 26.12.2016, Бюл. № 24/2016.
3. Ривкін В. Л., Дульцев Ю. В., Капуллер Л. Л. Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала. – М.: Медицина, 1994. – С. 96–100.
1. Mishalov V. G., Shudrak A. A., Cema Ye. V. Klasifikaciya metodiv hirurgichnogo likuvannya gemoroyu // Nauk. vis. Uzhgorod. un-tu. Ser. Medicina, 2010 r. – Vip. 39. – S. 210–216.
2. Patent №112799, Ukraina, MPK (2016.01) A61V 17/00. Sposib hirurgichnogo likuvannya hronichnogo kombinovanogo gemoroyu III–IV stadij / S. I. Savoliuk, V. G. Siryachenko, O. V. Shulyarenko, I. M. Ignatov, V. V. Zuenko. – u 201607592; zayavl. 11.07.2016; opubl. 26.12.2016, Byul. № 24/2016.
3. Rivkin V. L., Dul'cev Yu. V., Kapuller L. L. Gemorroj i drugie zabolevaniya zadneprohodnogo kanala. – M.: Medicina, 1994. – S. 96–100.

4. *Шудрак А. А., Нечай В. С., Палієнко Р. К.* Оптимізація хірургічного лікування хворих з хронічним гемороєм // *Клін. хірургія* – 2013. – № 3. – С. 12–16.
4. *Shudrak A. A., Nechaj V. S., Palienko R. K.* Optimizaciya hirurgichnogo likuvannya hvorih z hronichnim gemoroem // *Klin. hirurgiya* – 2013. – № 3. – S. 12–16.
5. *Beattie, Lam, Loudon.* A prospective evaluation of the introduction of circumferential stapled anoplasty in the management of haemorrhoids and mucosal prolapse // *Colorectal Dis.* – 2000. – N 2. – P. 137–142. doi: 10.1046/j.1463-1318.2000.00125.x.
6. *Collins E. E., Lund J. N.* A review of chronicanal fissure management // *Tech. Coloproctol.* – 2007. – Vol. 1. – P. 209–223 [PubMed].
7. *Dong Q. Q.* Milligan – Morgan technique for preventing anal stenosis after surgery of circumferential mixed hemorrhoids // *Zhongguo Zhongyiyao Xiandai Yuanchengjiaoyu Zazhi.* – 2009. – N 7. – P. 103.
8. *Li H. S., Gao F.* Takano Radical surgery for the treatment of circumferential mixed hemorrhoids: Report of 28 Cases // *Dachanggangmenbing Waike Zazhi.* – 2004ю – N 10. – P. 61–62.
9. *Longo A.* Treatment of Haemorrhoid Disease by Reduction in Mucosal and Haemorrhoidal Products with a Circular Stapling Device-New Procedure. Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery, Rome, 1998.
10. *Tjandra J. J., Chan M. K.* Systematic review on the procedure for prolapse and hemorrhoids (stapled hemorrhoidopexy) *Dis Colon Rectum.* – 2007. – Vol. 50. – P. 878–892 [PubMed].

СРАВНЕНИЕ ТРАДИЦИОННОЙ ПО МИЛЛИГАНУ – МОРГАНУ И СТЕПЛЕРНОЙ ЦИРКУЛЯРНОЙ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ

*С. І. Саволок, О. В. Шуляренко, І. Н. Ігнатов, Л. В. Шуляренко,
В. Г. Сиряченко, В. В. Зуєнко (Київ)*

Проведён сравнительный анализ ранних результатов хирургического лечения хронического внутреннего геморроя III и IV стадии: 45 (52,33 %) больным I группы выполнена степлерная гемороидэктомия согласно разработанному нами способу (Декларационный патент Украины на полезную модель № 112799 от 26.12.2016 г., бюл. № 24); 41 (47,67 %) пациенту II группы – гемороидэктомия по Миллигану – Моргану. Установлено, что средняя продолжительность оперативного вмешательства, выраженность и продолжительность болевого синдрома, потребность в применении нестероидных противовоспалительных анальгетиков, среднее значение количества доз наркотических анальгетиков, срок возвращения к нормальной активности, а также разновидность и количество осложнений в основной группе были меньше, чем в группе сравнения, что подтверждает правильность нашей разработки.

Ключевые слова: гемороидэктомия, операция, хирургия.

COMPARISON OF TRADITIONAL MILLIGAN – MORGAN VS STAPLER CIRCULAR HEMORRHOIDECTOMY

*S. I. Savoliuk¹, O. V. Shulyarenko¹, I. M. Ignatov², L. V. Shulyarenko³,
V. G. Siryachenko⁴, V. V. Zuenko¹ (Kyiv, Ukraine)*

¹Shupyk National Medical Academy of postgraduate education

²Clinic «Medicom»; ³Bogomolets National Medical University,

⁴Kyiv city municipal hospital N 8

A comparative analysis of the surgical treatment early results for grade III–IV chronic internal hemorrhoids was made: 45 (52.33 %) patients offered stapled hemorrhoidectomy by our method (patent for useful model of Ukraine №112799 from 26.12.2016 year, bul. №24); 41 (47.67 %) patients of the second group underwent Milligan – Morgan hemorrhoidectomy. It was established that the average: surgical time, severity and duration of pain which needed the use of non-steroid anti-inflammatory analgesics, number of doses of narcotic analgesics, time to return to normal activity, and the kind and number of complications in the study group were lower than in the comparison group, which confirms the correctness of our strategy.

Key words: hemorrhoidectomy, operation, surgery.