

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.34-089.844

DOI 10.17816/pmj3616-13

ТЕХНОЛОГИЯ «STEP-BY-STEP» КАК МАЛОИНВАЗИВНЫЙ АМБУЛАТОРНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

И.В. Крочек, С.В. Сергийко, А.Е. Анчугова*

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск, Россия

“STEP-BY-STEP” TECHNOLOGY AS MINIMALLY INVASIVE AMBULATORY METHOD OF TREATING CHRONIC HEMORRHOID

I.V. Krochek, S.V. Sergiyko, A.E. Anchugova*

South-Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation

Цель. Провести сравнительный анализ результатов амбулаторного лечения больных хроническим геморроем с использованием технологии «Step-by-Step» и операций, проводимых в условиях стационара.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения пациентов в четырех репрезентативных группах. 31 пациенту основной группы в амбулаторных условиях выполнена этапная геморроидэктомия «Step-by-Step»; 29 больным первой группы сравнения – операция Лонго; 32 пациентам второй группы сравнения – лазерная геморроидэктомия, 29 пациентам третьей группы сравнения – операция Миллигана – Моргана.

Результаты. В основной группе частота осложнений отмечена в 1,4 % случаев, после операции Лонго – 9,8 %, после лазерной геморроидэктомии – 6,6 %, после операции Миллигана – Моргана – 11,2 %. Рецидив заболевания наблюдался у 0,6 % пациентов основной группы, у 6,1 % больных первой группы сравнения, у 3,8 % – во второй и у 3,5 % в третьей группе.

Выводы. Лучшие результаты лечения получены у пациентов после использования технологии «Step-by-Step» за счет минимальной частоты осложнений и меньшего количества рецидивов, что позволяет рекомендовать этот метод для широкого клинического применения.

Ключевые слова. Хронический геморрой, традиционные операции, малоинвазивные операции, стационарзамещающая технология «Step-by-Step».

Aim. To carry out the comparative analysis of the results of ambulatory treatment of patients with chronic hemorrhoid using “Step-by-Step” technology and surgeries in hospital conditions.

Materials and methods. The results of treatment were analyzed in 4 representative groups: 31 patients of the main group underwent a staged “Step-by-Step” hemorrhoidectomy in ambulatory conditions, 29 patients of the first group of comparison – Longo operation, 32 patients of the second group of comparison – laser hemorrhoidectomy, 29 patients of the third group of comparison – Milligan-Morgan operation.

© Крочек И.В., Сергийко С.В., Анчугова А.Е., 2019

тел. +7 (351) 728 49 15

e-mail: mpc74@list.ru

[Крочек И.В. (*контактное лицо) – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры общей и детской хирургии; Сергийко С.В. – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой общей и детской хирургии; Анчугова А.Е. – старший лаборант кафедры общей и детской хирургии].

Results. In the main group, the rate of complications was noted in 1.4 %, after Longo operation – 9.8 %, after laser hemorrhoidectomy – 6.6 %, after Milligan-Morgan – 11.2 %. Relapse of disease was registered in 0.6 % of patients of the main group, 6.1 % – first group of comparison, 3.8 % – second group and 3.5 % – third groups.

Conclusions. The best treatment results were obtained in patients after using the technology “Step-by-Step” at the expense of a minimum rate of complications and less number of relapses that permits to recommend this technique for a wide clinical application.

Key words. Chronic hemorrhoid, conventional operation, minimally invasive surgeries, hospital-replacing “Step-by-Step” technology.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на длительную историю изучения данного заболевания, до сих пор нет единой точки зрения в вопросах лечения острого и хронического геморроя. Большинство современных проктологов считают, что «...для каждого больного геморроидальной болезнью должна быть СВОЯ операция» [1, 2, 11]. Длительное время в мировой практике операции Миллигана – Моргана и Фергюссона считались золотым стандартом лечения геморроя [11]. Но многие авторы отмечают, что они в 23–34 % случаев сопровождаются ранними, а в 2–4 % – поздними осложнениями, да и период реабилитации длится до 4–5 недель [1, 4].

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения данного заболевания послужила поводом для разработки альтернативных методов лечения. В настоящее время традиционную геморроидэктомию выполняют лишь у 20 % больных хроническим геморроем. В большинстве случаев используют различные малоинвазивные способы геморроидэктомии (операция типа Лонго, лазерная фотокоагуляция, использование систем «LigaSure», «Сургитрон», «Harmonic», латексное лигирование, дезартеризация (DHAL) и т.д. [5, 11]. Преимущество этих методик в том, что они относительно просты в исполнении, могут проводиться в стационарах «хирургии одного дня» без длительного ограничения трудоспособности [7, 10]. В то же время вопрос

о преимуществах и недостатках малоинвазивных способов лечения геморроя до сих пор остается недостаточно изученным. Спорные и нерешенные вопросы послужили поводом для изучения результатов лечения больных хроническим геморроем с применением различных хирургических технологий.

Цель исследования – провести сравнительный анализ результатов лечения больных хроническим геморроем с использованием амбулаторного малоинвазивного этапного метода и одномоментных операций в условиях стационара.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 121 пациента с хроническим геморроем 2–4-й стадии, пролеченного в клинике с 2013 по 2017 г. Из них 90 больным проведено хирургическое лечение в стационаре МАУЗ «Ордена Трудового Красного Знамени городская клиническая больница № 1», а 31 пациенту выполнены этапные амбулаторные операции в МЦ «Familia». Мужчин – 78 (64,5 %), женщин – 43 (35,5 %). Средний возраст больных составил $45,3 \pm 16,8$ г.

Критерии включения: пациенты с хроническим геморроем 3–4-й стадии и длительностью заболевания от 3 лет и более, в возрасте от 20 до 70 лет. *Критерии исключения:* пациенты с сопутствующими острыми воспали-

тельными заболеваниями ануса и промежности, а также обострениями или декомпенсацией сопутствующих системных заболеваний.

Больные разделены на четыре репрезентативные группы. Основную группу составил 31 пациент, им выполнено этапное амбулаторное удаление внутренних узлов с помощью поочередного латексного лигирования с последующим удалением наружных узлов радиочастотным скальпелем «Сургитрон». 29 больным первой группы сравнения выполнена циркулярная резекция слизистой по методу А. Лонго. 32 пациентам второй группы сравнения выполнялась бесшовная лазерная геморроидэктомия с применением оптоволоконного лазера с длиной волны 1,9 нм [3, 8]. 29 пациентам третьей группы сравнения выполнена операция Миллигана – Моргана в модификации ГНЦК им. А.Н. Рьжих.

Клинические проявления хронического геморроя у пациентов сравниваемых групп встречались практически с одинаковой частотой и значимых различий между ними не было: боль (90–96 %), периодически повторяющиеся кровотечения (71–86 %), зуд и жжение (86–93 %), дискомфорт (93–100 %), чувство неполного опорожнения (65–70 %), пролапс геморроидальных узлов (87–93 %) и обструктивная дефекация (58–79 %).

У 88 из 121 пациента сравниваемых групп (73,3 %) картина геморроя сочеталась с хроническими заболеваниями анального канала и тазового дна (передним ректоцеле, хронической трещиной, полипами и свищами прямой кишки).

Интенсивность болевых ощущений анализировали с помощью визуально-аналоговой шкалы боли ВАШ [2, 6]. Удовлетворенность результатами проведенного лечения в сроки от 6 месяцев до 4 лет оценивали с помощью опросника, в котором пациенты отвечали на

два вопроса: 1. «Если бы вновь появились прежние симптомы, согласились бы Вы на данный вид операции?». Ответ «Да» или «Нет». 2. «Рекомендовали бы Вы данный вид операции своим родным?». Ответ «Да» или «Нет» [3]. Полученные ответы отмечались в процентах и сравнивались между собой.

Метод амбулаторных оперативных вмешательств предполагает поэтапное удаление геморроидальных узлов через определенный промежуток времени – «Step-by-Step». После определения показаний, беседы с пациентом и получения информированного согласия на данную операцию назначается день операции. Перед операцией проводится очищение прямой кишки с помощью клизмы «МикроЛакс». В условиях амбулаторного проктологического кабинета под местной анестезией аэрозолем Lidokain (2 %) пациенту проводилось вакуумное латексное лигирование одного из внутренних геморроидальных узлов лигатором Karl Storz с наложением двух латексных колец для профилактики их соскальзывания. В течение 1 часа за больным проводилось наблюдение. При отсутствии выраженного болевого синдрома и других жалоб пациент отпускался домой с рекомендациями по купированию болевого синдрома нестероидными противовоспалительными препаратами и местными анестезирующими мазями. Через одну неделю осуществлялся повторный осмотр больного. К этому времени геморроидальный узел, как правило, некротизировался и безболезненно выводился при дефекации. После контроля места ранее удаленного узла производилось вакуумное лигирование второго внутреннего геморроидального узла. Еще через 2 недели производилось лигирование оставшегося узла. В период этапного лечения пациенту рекомендовались диета и прием диасминов и миотропных спазмолитиков.

Следующий этап амбулаторного лечения – иссечение наружных геморроидальных узлов радиочастотным скальпелем «Сургитрон» – осуществляли через 2 недели после удаления последнего внутреннего геморроидального узла. Под местной анестезией раствором Lidokain (2 %), 4,0–5,0 мл под основание наружного геморроидального узла, радиочастотным скальпелем этот узел иссекался. При выраженных наружных геморроидальных узлах место удаленного узла ушивалось кетгутом № 3. При небольших узлах (до 1,0 см) достаточно «сваривания» краев ран «Сургитроном». Оставшиеся наружные геморроидальные узлы поэтапно иссекались аналогичным способом с интервалом 1–2 недели.

Таким образом, процесс этапного амбулаторного лечения хронического геморроя занимал от 6 до 8 недель, при этом больные не отрывались от работы и практически не испытывали ограничений в повседневной жизни.

У пациентов в группах сравнения использованы одномоментные операции Лонго, Миллигана – Моргана и бесшовная лазерная геморроидэктомия, которые выполнялись под са크ральной анестезией в условиях стационара. Техника стандартных операций Миллигана – Моргана и операций типа Лонго описаны во многих руководствах и не нуждаются в повторном описании, а разработанный нами метод лазерной геморроидэктомии заключается в резекции геморроидальных узлов по наружной кромке наложенного на основание узла специального зажима, что позволяет формировать нежный «сварной шов», не требующий дополнительной перевязки сосудистой ножки узла и ушивания послеоперационной раны [3, 8]. Наружные геморроидальные узлы резецировали таким образом, чтобы линия их резекции была продолжением линии резек-

ции внутренних геморроидальных узлов. Метод получил разрешение этического комитета № 11 от 13.04.2012 г. и успешно применяется нами в течение 4 лет [8].

Для автоматизации статистической обработки использовали пакет программ Statistica for Windows 8.0. Для анализа полученных результатов брали *t*-критерий Стьюдента (с уровнем значимости $p < 0,05$) и точный критерий Фишера, для которого составляли четырехпольные таблицы сопряженности.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При сравнительном анализе результатов лечения установлено, что средняя продолжительность одной амбулаторной операции латексного лигирования по технологии «Step-by-Step» (основная группа) составила $9,3 \pm 1,6$ мин, операция Лонго (первая группа сравнения) продолжалась $18,5 \pm 3,5$ мин. Длительность лазерной бесшовной геморроидэктомии составила $26,3 \pm 3,2$ мин; операции Миллигана – Моргана – $46,6 \pm 10,8$ мин.

Выраженность болевого синдрома в соответствии с международной визуальной аналоговой шкалой боли после операции латексного лигирования была минимальной – $0,5 \pm 0,5$ балла. Умеренный болевой синдром в первые сутки ($2,0 \pm 1,3$ балла) отмечен у пациентов после операции Лонго. У больных, перенесших бесшовную лазерную геморроидэктомию, болевые ощущения оценивались на $2,4 \pm 1,1$ балла. Наибольшая интенсивность болевых ощущений отмечена после операции Миллигана – Моргана – $3,9 \pm 1,0$ балла. На вторые сутки послеоперационного периода необходимости в купировании болевого синдрома у пациентов в основной группе не было, но она сохранялась в течение трех суток у пациентов первой и второй групп сравнения.

После операции Миллигана – Моргана болевой синдром держался до 6 суток.

После каждого этапа амбулаторной операции латексного лигирования по технологии «Step-by-Step» пациенты могли приступать к работе на следующий день. Продолжительность госпитализации после операции Лонго и лазерной геморроидэктомии составила $3,3 \pm 2,0$ и $3,4 \pm 2,0$ сут соответственно, а после операции Миллигана – Мор-

гана – $6,1 \pm 2,1$ сут. Восстановление трудоспособности после операции Лонго наступало на $(8,4 \pm 1,9)$ -е сут, после лазерной геморроидэктомии на $(18,2 \pm 2,4)$ -е сут. После операции Миллигана – Моргана продолжительность реабилитации продолжалась около 3 недель ($21,5 \pm 4,1$) (табл. 1).

При изучении ближайших результатов лечения осложнения отмечены во всех сравниваемых группах (табл. 2).

Таблица 1

Результаты лечения пациентов в сравниваемых группах

Показатели реабилитации	Основная группа «Step-by-Step» (n = 31)	Группы сравнения		
		I	II	III
		операция Лонго (n = 29)	лазерная геморроидэктомия (n = 32)	Миллигана – Моргана (n = 29)
Продолжительность операции, мин	$9,3 \pm 1,6$	$18,5 \pm 3,5^*$	$26,3 \pm 3,2^*$	$46,6 \pm 10,8^*$
Выраженность болевого синдрома, баллы по ВАШ	$0,5 \pm 0,5$	$2,0 \pm 1,3$	$2,4 \pm 1,1$	$3,9 \pm 1,0^*$
Длительность госпитализации, сут	0	$3,3 \pm 2,0$	$3,4 \pm 2,0$	$6,1 \pm 2,1^*$
Восстановление трудоспособности, сут	$1,1 \pm 0,7$	$8,4 \pm 1,9^*$	$18,2 \pm 2,4^*$	$21,5 \pm 4,1^*$

Примечание: * – достоверность различий между основной и группами сравнения ($p \leq 0,05$).

Таблица 2

Ранние послеоперационные осложнения

Послеоперационные осложнения	Основная группа «Step-by-Step» (n = 31)		Группы сравнения						p
			I		II		III		
			операция Лонго (n = 29)		лазерная геморроидэктомия (n = 32)		Миллигана – Моргана (n = 29)		
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Кровотечения	1	3,2	1	3,4*	2	6,2**	3	10,3***	0,51* 0,38** 0,23***
Острая задержка мочи	–	–	1	3,4*	1	3,1**	1	3,4***	0,48* 0,51** 0,48***
Длительный болевой синдром (больше 6 суток)	–	–	–	–*	1	3,1**	3	10,3***	1* 0,51** 0,11***
Тромбоз наружных узлов	1	3,2	1	3,4*	–	–	–	–	0,51* 0,49** 0,52***
ВСЕГО	2	6,4	3	10,3	3	12,5	7	24,1	

Примечание: здесь и в табл. 3: * – достоверность различий между основной и первой группой сравнения; ** – между основной и второй группой сравнения; *** – между основной и третьей группой сравнения.

Отдаленные результаты лечения в сравниваемых группах в сроки от 6 месяцев до 4 лет прослежены у 28 больных основной группы, у 25 пациентов первой группы сравнения, у 26 оперированных во второй и 22 человек в третьей группах. Рецидив заболевания отмечен во всех сравниваемых группах. В основной группе он был связан с техникой наложения латексных колец (один пациент). После повторного латексного лигирования наступило выздоровление. После операции Лонго рецидив отмечен у одного пациента (спортсмена-гиревика) и был связан со значительными физическими нагрузками. У больного после лазерной бесшовной геморроидэктомии рецидив обусловлен техническими ошибками лазерного «сваривания» сосудистых ножек наружных узлов. После операции Миллигана – Моргана рецидив наступил в связи с пагубным пристрастием пациента к алкоголю.

Рубцовый стеноз после латексного лигирования и иссечения наружных узлов аппаратом «Сургитрон» не зафиксирован, но после операции Лонго у одного пациента

отмечен стеноз линии резекции слизистой слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки, связанный с нарушением техники наложения циркулярного шва. У больного после бесшовной лазерной геморроидэктомии наблюдался рубцовый стеноз, связанный с технической неисправностью лазерного аппарата.

Хорошую удовлетворенность результатами лечения в отдаленном периоде отметили более 96 % пациентов после этапной амбулаторной геморроидэктомии. Несколько меньше пациентов были удовлетворены результатами проведенного оперативного вмешательства после операции Лонго – 92 %. После лазерной геморроидэктомии субъективная удовлетворенность больных результатами операции отмечена в 88 % случаев и связывали они данное обстоятельство с послеоперационным болевым синдромом. После операции Миллигана – Моргана болевой синдром и период реабилитации были более длительными, следовательно, удовлетворенность результатами операции была меньше – 82 % (табл. 3).

Таблица 3

Отдаленные результаты лечения в сравниваемых группах

Отдаленные результаты	Основная группа «Step-by-Step» (n = 28)		Группы сравнения						p
			I		II		III		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Рецидив	1	3,4	1	4*	1	3,8**	1	4,5***	0,51* 0,51** 0,5***
Рубцовый стеноз	–	–	1	4	1	3,8**	1	4,5***	0,47* 0,48** 0,44***
Субъективная удовлетворенность пациентов	27	96,4	23	92	23	88,5**	18	82***	0,36* 0,23** 0,1***

Статистическая обработка результатов лечения с помощью критерия Фишера не выявила достоверных отличий между сравниваемыми группами. Но наблюдается общая тенденция улучшения результатов лечения и сокращения количества осложнений при применении метода «Step-by-Step».

Выводы

Таким образом, хирургическое удаление геморроя, которое можно выполнять различными инструментами, остается очень эффективным методом лечения.

Преимуществом операции этапного амбулаторного лечения являются: сокращение продолжительности оперативного лечения, отсутствие кровопотери в ходе операции, отсутствие необходимости в госпитализации, сокращение периода реабилитации, минимальное количество осложнений в ближайшем и отдаленном периодах, высокая степень удовлетворенности самими пациентами результатами лечения, что позволяет рекомендовать данную технологию как альтернативный метод лечения геморроя.

Незначительное количество осложнений и рецидивов после операции Лонго и лазерной геморроидэктомии с высокой степенью удовлетворенности пациентов позволяют рекомендовать их для включения в арсенал современных колопроктологических технологий. Что касается операции Миллигана – Моргана, то, несмотря на ее преимущества, она все же не совсем соответствует требованиям сегодняшнего дня. Однако какие из этих методов более предпочтительны в каждом конкретном случае, должны вместе решать и хирург, и пациент.

Библиографический список

1. *Благодарный Л.А., Титов А.Ю., Кузьминов А.М., Костарев И.В., Мудров А.А., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю., Абрицова М.В.* Малоинвазивное лечение хронического геморроя. М.: ГЭОТАР-Медиа 2016.

2. *Бывальцев В.А., Бельх Е.Г., Алексеева Н.В., Сороковиков В.А.* Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника: метод. рекомендации. Иркутск: ФГБУ НЦРВХ СО РАМН 2013; 32.

3. *Гамзаев С.Ш., Дрыга А.В.* Беспровная лазерная геморроидэктомия с использованием полупроводникового лазера длиной волны 1,9 мкм. Лазерная медицина 2016; 20(3): 25–26.

4. *Долгих О.Ю., Соловьев О.Л., Столяров С.А., Супильников А.А.* Геморрой. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований 2014; 3(2): 146–147.

5. *Захарченко А.А., Галкин Е.В., Полевец К.О.* Дезартеризация внутренних геморроидальных узлов при хроническом геморрое, нужна ли коррекция венозных компонентов патогенеза детралексом. IX Междунар. конф. «Рос. школа колоректальной хирургии» и IV Конгресс Евро-Азиатской ассоциации колоректальных технологий 2015.

6. *Капфин А.Д., Абузарова, Хороненко В.Э., Алексеева Г.С., Костин А.А., Старинский В.В., Алексеев Б.Я.* Фармакотерапия хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях: метод. рекомендации 2015; 46.

7. *Кузьминов А.М., Фоменко О.Ю., Тихонов А.А., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю.* Отдаленные результаты операции Лонго при

лечении геморроя. Колопроктология 2015; 51 (1): 25–26.

8. *Привалов В.А., Дрыга А.В., Крочек И.В., Латта А.В.* Способ бесшовной геморроидэктомии излучением волоконного лазера: Пат. 2471433 Российская Федерация; заявитель и патентообладатель ООО «Медицинские технологии», № 2011136354; заявл. 31.08.2011; опубл. 10.01.2013.

9. *Селиванов А.В., Бутырский А.Г., Леоненко С.Н.* Сравнительная оценка различных видов геморроидэктомии. Материалы VIII Междунар. конф. «Рос. школа коло-ректальной хирургии» 2014; 1: 71.

10. *Титов А.Ю., Абрицова М.В.* Доплероконтролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией и геморроидэктомия (сравнительное, рандомизированное, проспективное исследование). Колопроктология 2015; 1(51): 47–48.

11. *Шельгин Ю.А.* Острый и хронический геморрой. Клинические рекомендации. Колопроктология. М.: ГЭОТАР-Медиа 2015; 30–52.

Материал поступил в редакцию 01.12.2018