

УДК 617-089.844

**ПРИОРИТЕТНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ В
ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ**

Ломаченко Ю.И., Ревин П.В.

*Смоленская государственная медицинская академия***OPERATIVE MANAGEMENT OF HEMORROIDAL DISEASE: IN-
VENTED SURGICAL TECHNIQUES**

Lomachenko Yu.I., Revin P.V.

*Smolensk State Medical Academy***Аннотация**

В работе проведена клиническая оценка собственных приоритетных разработок, направленных на оптимизацию хирургической помощи больным хроническим геморроем. С этой целью применены подслизистое лигирование геморроидальных сплетений и модифицированный способ ушивания раны после удаления геморроидального узла в случае неизбежности выполнения геморроидэктомии. Группу сравнения составили больные, у которых произведены геморроидэктомии по методике Миллигана-Моргана с последующим ушиванием раны отдельными кетгутовыми швами. Изучены результаты лечения 123 больных. Анализ подвергнуты интра- и послеоперационные данные. Отдаленные результаты лечения изучены методом анкетирования. Установлено, что применение предложенного модифицированного способа ушивания раны после геморроидэктомии с дополнительным восьмиобразным швом в области пересеченной и перевязанной сосудистой ножки геморроидального узла является рациональным хирургическим приемом. Подслизистое лигирование геморроидального узла по разработанной методике позволяет достигнуть радикальности аналогичной геморроидэктомии и уменьшить агрессивность операции, что определяет достижение наиболее хороших результатов хирургического лечения геморроя.

Ключевые слова: геморрой, геморроидэктомия, подслизистое лигирование геморроидальных сплетений.

Abstract

The study involves clinical estimation of surgical inventions aimed at optimization of the treatment in hemorrhoidal disease (chronic haemorrhoids). The invented submucosal haemorrhoidal ligation and surgical technique of wound suturing with additional eight-figurative suture in the area of the vascular haemorrhoidal pedicle ligated and incised have been described in the paper. The study involved 123 operated haemorrhoids patients. The control group included patients treated with a routine closed Milligan-Morgan's haemorrhoidectomy with ordinary knotful katgut sutures of postoperative wounds. Operative and postoperative data have been thoroughly analyzed. Follow-up results have been assessed on the basis of a patients' survey. Application of the invented additional eight-figurative suture in wound proximal corner (in area of the vascular haemorrhoidal pedicle ligated and incised) has been established to be a beneficial surgical procedure in haemorrhoidectomy. The submucosal haemorrhoidal ligation provides positive results compared with haemorrhoidectomy and decreases surgical aggression as well as leads to better follow-up results of surgical management in hemorrhoidal disease.

Keywords: haemorrhoids, haemorrhoidectomy, submucosal haemorrhoidal ligations.

Различные модификации геморроидэктомии у больных хроническим геморроем с III-IV стадиями клинического течения являются единственным общепризнанным и эффективным вариантом хирургической помощи. Другой подход с выполнением операции Лонго (степлерная технология геморроидопексии) оценивается неоднозначно, его широкое использование ограничивается необходимостью особого технического оснащения и специальной подготовкой хирурга. Жизнеугрожающим осложнением, возникающим интраоперационно или в послеоперационном периоде, считается кровотечение из артерии культи сосудистой ножки геморроидального узла. Травматичность геморроидэктомии оправдывает поиск тактических решений для предупреждения возможных осложнений и уменьшения объема хирургической агрессии при максимальном сохранении лечебной эффективности операции. Развитие малоинвазивных технологий лечения геморроя не полностью решает эту проблему, сохраняя в хирургическом арсенале традиционную операцию с удалением геморроидальных узлов.

Цель исследования – клинически оценить собственные приоритетные разработки, направленные на оптимизацию хирургической помощи больным хроническим геморроем, основанные на применении подслизистого лигирования геморроидальных сплетений и модифицированного способа ушивания раны в случае неизбежности выполнения геморроидэктомии.

Объект и методы исследования. Изучены результаты лечения 123 больных хроническим геморроем, находившихся на лечении в период 2003-2010 гг. в клинике госпитальной хирургии Смоленской государственной медицинской академии (колопроктологическое отделение КБСМП г. Смоленска). У 93 пациентов выполнены геморроидэктомии с модифицированным способом ушивания послеоперационной раны (рационализаторское предложение № 1486, СГМА, 2006 г.), который заключался в наложении определенный образом дополнительного восьмиобразного шва в области культи сосудистой ножки геморроидального узла. У 20 из этих пациентов, наряду с удалением 1-2 геморроидальных узлов, применено подслизистое лигирование остальных внутренних геморроидальных сплетений (рационализаторское предложение № 1548, СГМА, 2009 г.; положительное решение о выдаче патента РФ от 10.11.2010 г.). Его суть состоит в наложении непрерывного

шва, первый стежок которого проводили под основание внутреннего геморроидального узла в косом направлении от уровня гребешковой линии к сосудистой ножке узла. Далее лигирование в подслизистом слое продолжали наружной частью лигатуры путем наложения поперечных стежков, которые последовательно обвивали ткань внутреннего геморроидального сплетения. Лигатуру завязывали в области сосудистой ножки после последнего выкола иглы в точке нахождения внутренней части нити. Группу сравнения составили 30 больных, у которых произведены геморроидэктомии по методике Миллигана-Моргана с последующим ушиванием раны отдельными кетгутowymi швами. Анализу подвергнуты интраоперационные данные, результаты лечения и наблюдения после операции в сроки от 4 месяцев до 4 лет. Интенсивность боли после операции оценивалась по индивидуальной рейтинговой 10-балльной шкале. Для оценки течения послеоперационного периода применен метод анкетирования больных. Анкета включала анамнестические данные, жалобы на момент анкетирования и оценку эффективности лечения с точки зрения пациента. Из числа анкет, распространенных для изучения отдаленных результатов лечения, получено обратно 108 (87,8%).

Результаты и их обсуждение. Модифицированный способ ушивания раны после геморроидэктомии позволяет ушить рану узловыми швами с хорошей адаптацией краев слизистой оболочки, в том числе – в области культи сосудистой ножки геморроидального узла, которая фиксируется на уровне слизистой оболочки. Линия формирующегося шва сохраняет линейность и направление, как при других способах ушивания раны после геморроидэктомии. За счет особенностей восьмиобразного шва протяженность раны уменьшается, поэтому при дальнейшем ушивании требуется на 1-2 узловых шва меньше, чем при традиционной методике.

Анализ единственного случая кровотечения из культи сосудистой ножки геморроидального узла позволил сформулировать следующее требование: завязанный шов на культе сосудистой ножки геморроидального узла должен располагаться в центре восьмиобразного шва. При этом расстояние от дальнего витка лигатуры восьмиобразного шва до шва культи не должно быть менее 1/3 протяженности восьмиобразного шва. При соблюдении этого условия затягивание

последнего не приведет к механическому воздействию на нить ранее завязанного шва культи сосудистой ножки в направлении возможного его соскальзывания с последующим развитием кровотечения.

Традиционный операционный доступ, из которого выполняется лечение геморроя, позволяет произвести успешное подслизистое лигирование геморроидального узла на 3 и 7 часах условного циферблата (ч.у.ц.). Наиболее удобным для подслизистого лигирования является геморроидальный узел на 7 ч.у.ц. Интраоперационно не отмечено кровотечений и образования клинически значимых гематом. Нам не удалось произвести лигирование по разработанной методике на 11 ч.у.ц. в силу сложностей манипулирования хирургическими инструментами в данной анатомической зоне, поскольку угол наклона оси операционного действия по отношению к руке хирурга определяют малый угол операционного действия и недостаточную доступность визуального осмотра зоны операционного действия. Подслизистое лигирование устраняет геморроидальный узел как сосудистую патологическую структуру, обеспечивая достижение эффективного результата менее травматичным способом по сравнению с геморроидэктомией. При этом отмечено благоприятное течение послеоперационного периода с более ранней нормализацией акта дефекации и снижением частоты рефлекторных нарушений мочеиспускания (в сравнении с традиционной геморроидэктомией, $p < 0,05$). Первый акт дефекации у 13 (65%) из 20 пациентов отмечался на 3-4 день после операции, в то время как у остальных оперированных на 4-5 день. Нормализация дефекации наступала на 9-10 сутки после первого акта дефекации, что составило на 2 дня быстрее, чем в группе больных, у которых подслизистое лигирование геморроидальных узлов не применялось.

Интенсивность болей в первые сутки после операции у большинства опериро-

ванных (69,9%) соответствовала 8-9 баллам. Изучение динамики температурной реакции не выявило отличительных особенностей от обычного течения послеоперационного периода. С 9 суток послеоперационного периода больные не нуждались в регулярном обезболивании. Рефлекторные нарушения мочеиспускания сохранялись на протяжении первых двух суток после операции.

Анкетирование в отдаленном периоде показало, что только у одного пациента из группы с лигированием геморроидальных сплетений беспокоил анальный зуд. У остальных пациентов, оперированных по модифицированной методике геморроидэктомии, жалобы имелись у 11 (19%) из 58 пациентов: эпизодически выделения крови из прямой кишки (4), анальная боль при физической нагрузке (1) или зуд (6), чувство инородного тела в области заднего прохода (5); сочетание жалоб – в 5 случаях. В группе сравнения отмечены жалобы аналогичного характера у 12 (40%) из 30 анкетированных.

Средние показатели условной эффективности операции, отмеченные пациентами: модифицированная геморроидэктомия в сочетании с подслизистым лигированием геморроидальных узлов – 100%, без сочетания – $98,7 \pm 0,9\%$, геморроидэктомия по традиционно принятой в клинике методике – $95,4 \pm 1,6\%$. После модифицированной геморроидэктомии не удовлетворен лечением только один пациент (против 3 – из группы сравнения).

Заключение. Предложенный модифицированный способ ушивания раны после геморроидэктомии является рациональным хирургическим приемом. Подслизистое лигирование геморроидального узла по разработанной методике позволяет достигнуть радикальности аналогичной геморроидэктомии и уменьшить агрессивность операции, что определило наилучшие отдаленные результаты хирургического лечения геморроя.

Поступила в редакцию 22.11.2016

Сведения об авторах:

Ломаченко Ю.И. – кандидат медицинских наук, Смоленская государственная медицинская академия, e-mail: lomatchenko@mail.ru;

Ревин П.В. – Смоленская государственная медицинская академия, e-mail: lomatchenko@mail.ru