

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.3\(54\).2022.5](https://doi.org/10.34287/MMT.3(54).2022.5)

М. М. Милиця, М. Д. Постоленко, К. М. Милиця, В. В. Солдусова

Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»
Запоріжжя, Україна

M. M. Militsa, M. D. Postolenko, K. M. Militsa, V. V. Soldysova

State Institution «Zaporizhzhia Medical Academy of post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»
Zaporizhzhia, Ukraine

СУЧАСНИЙ ІНДИВІДУАЛЬНО-КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ГЕМОРОЇДАЛЬНОЇ ХВОРОБИ

Modern individual-comprehensive approach in the treatment of hemorrhoids

Реферат

Мета дослідження. Проаналізовано ефективність сучасних методів лікування у 485 пацієнтів з хронічним гемороєм II–III–IV стадії за останні 3 роки.

Результати. Впроваджено індивідуально-комбінований підхід до лікування геморою, так як у багатьох пацієнтів можна водночас спостерігати вузли на різних стадіях хвороби. Використовували комбінацію методів з різними способами впливу на патогенез гемороїдальної хвороби. Завдяки впровадженню комплексу системних заходів отримано добрі результати, а саме на 35–40% скорочується термін загоєння післяопераційних ран та на 3–4 бали зменшується інтенсивність післяопераційного болю за 10 бальною аналоговою візуальною шкалою.

Висновки. Використання індивідуального комплексного підходу до кожного хворого в питанні вибору тактики хірургічного лікування геморою та широке впровадження сучасних методик дозволило скоротити тривалість післяопераційного періоду, зберегти радикальність втручання та зменшити вірогідність розвитку рецидивів.

Ключові слова: геморої, мініінвазивні методи лікування.

Abstract

Purpose of the study. The aim of the study was to analyze the effectiveness of modern treatments in 485 patients with chronic hemorrhoids stage II–III–IV over the past 3 years.

Results. An individual-combined approach to the treatment of hemorrhoids has been introduced, as many patients can have nodules at different stages of the disease at the same time. Used a combination of methods with different ways to influence the pathogenesis of hemorrhoids. Thanks to the introduction of a set of systemic measures, good results were obtained, namely the healing time of postoperative wounds was reduced by 35–40% and the intensity of postoperative pain was reduced by 3–4 points on a 10-point analog visual scale.

Conclusions. The use of an individual integrated approach to each patient in choosing the tactics of surgical treatment of hemorrhoids and the widespread introduction of modern techniques, has reduced the duration of the postoperative period, preserve radical intervention and reduce the likelihood of recurrence.

Keywords: hemorrhoids, minimally invasive treatments.

ВСТУП

Геморої є одним з найпоширеніших захворювань людини. За даними епідеміологічних досліджень захворюваність на цю хворобу сягає 120–140 випадків на 1 тис дорослого населення.

Отже, приблизно кожна 6–7 доросла людина стикається з цією проблемою [3, 6].

У структурі колопроктологічних захворювань на геморої, за даними різних авторів, припадає 35–43%. Слід зазначити, що хворіють переважно люди соціально-активного віку 30–55 років.

Частота виникнення геморою серед працездатного населення, що призводить до тимчасової непрацездатності в періоди загострення, а також до зниження рівня якості життя, робить лікування геморою важливою загально-медичною і соціально-економічною проблемою [1, 3, 4].

Висока захворюваність на геморою, що спостерігається в останні десятиліття, напевно пов'язана з особливостями життя сучасної людини (нераціональне харчування, тривале перебування у сидячому положенні, тощо).

В етіопатогенезі основну роль відіграє дефект сполучної тканини в ділянці анального каналу. Так, гемороїдальні сплетення разом зі слизовою оболонкою фіксовані до стінок анального каналу зв'язкою Паркса і/або м'язом Трейца. При фрагментації і розтягуванні їх волокон (внаслідок зазначених вище причин) відбувається опущення анальної слизової оболонки, погіршення відтоку крові, стазу, гіперплазії кавернозної тканини [4, 5].

Існує велика кількість публікацій, присвячених цій проблемі, проте багато питань лікування геморою та його ускладнень продовжують залишатися дискусійними, а вибір обсягу та методу хірургічної корекції при цьому захворюванні досі остаточно не вирішені. Описана велика кількість методів хірургічного лікування геморою, що підтверджує відсутність ідеального методу.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізувати ефективність сучасних методів лікування геморою, що використовуються в нашій клініці.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В роботі використовували класифікацію за Голінгером, де в залежності від тяжкості захворювання прийнято виділяти 4 ступені випадіння гемороїдальних вузлів.

Лікування гемороїдальної хвороби не має шаблонів й вимагає індивідуального підходу до кожного хворого. Питання вибору тактики хірургічного лікування є досить непростим, і часто потребує індивідуального підходу.

Та в цілому вважається, що на I–II стадії захворювання достатнім є консервативне лікування, на II–III додаються мініінвазивні методики (лікування латексними кільцями, перев'язка гемороїдальних артерій під контролем ультразвуку, лазерна коагуляція тощо), а ось на IV стадії варто вдаватися до хірургічного втручання.

У відділенні проктології Миської лікарні № 9 та Клініці Святого Миколая, що є базами кафедри хірургії і проктології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», провели аналіз лікування 485 пацієнтів з хронічним гемороєм II–III–IV стадій, які були проліковані з 2019 по 2022 роки. Співвід-

ношення жінок та чоловіків становило близько 1 : 1, середній вік пацієнтів – 44 роки (84,6% були особами працездатного віку). Серед них 63 (13,6 ± 2,1%) хворих проліковані з II стадією геморою, 271 (56,7 ± 1,9%) хворий – з III стадією, 151 (29,7 ± 1,7%) хворий з IV стадією.

Усім пацієнтам обов'язково виконували огляд періанальної області, пальцеве дослідження прямої кишки та огляд в дзеркалах і колоноскопію за показаннями.

Оперативні втручання виконували під епідурально-сакральною анестезією, що є найбільш адекватним методом завдяки вираженій та тривалій міорелаксуючій дії на замикальний апарат прямої кишки.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

В роботі клініки впроваджено індивідуально-комбінований підхід до лікування геморою, так як у багатьох пацієнтів можна водночас спостерігати вузли на різних стадіях хвороби. Тому, на нашу думку, слід використовувати комбінацію методів з різними способами впливу на патогенез гемороїдальної хвороби, щоб підвищити ефективність за допомогою кумулювання позитивних рис, та невілювати негативні риси кожного з них. Це відповідає сучасним тенденціям мініінвазивності та збереження малозмінних тканин.

Видалення вузлів, що збільшені до II стадії, лікували консервативно або проводили лікування латексними кільцями (n = 46). Обов'язковою умовою була наявність окремо розташованих внутрішніх гемороїдальних вузлів з чіткими кордонами. Хороші результати у віддаленому періоді відзначали у 65–75%, ускладнення виникли у 4%, у вигляді кровотечі (3%) та рецидиву захворювання (12%).

Оптимальним підходом до лікування вузлів II–III стадії, на думку авторів, є проведення деартеріалізації гемороїдальних вузлів з можливою мукопексією (n = 136). Деартеріалізацію можна проводити з використанням методики HAL-RAR (ультразвукового обладнання із доплером) або під візуальним контролем. Адже в клінічних дослідженнях доведено схожу ефективність цих двох підходів [1, 6, 7]. Критеріями правильної перев'язки гемороїдальних судин вважається зникнення шуму пульсації при аноскопії. Залишковий пролапс слизової прямої кишки відзначено у 7% хворих з III стадією геморою. Перебування пацієнтів у лікарні було 1–2 дні, повернення до роботи через 3–4 дні. Післяопераційний біль спостерігався лише у 18,4% хворих. Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді зустрічалися у 3–4%. Віддалені результати лікування свідчали про високу ефективність методики.

Найчастішою операцією з приводу геморою III–IV стадії була гемороїдектомія за Міліганом-

Морганом, в закритій модифікації за Фергюсоном, що передбачає видалення трьох груп гемороїдальних вузлів з ушиванням післяопераційної рани. Вона є одним з радикальних втручань при геморої, але асоціюється довшим періодом реабілітації. Видаляли гемороїдальні вузли з делікатним висіченням кавернозної тканини і пролабуючої слизової, зашиванням післяопераційної рани та максимальним збереженням профілю анального каналу. В післяопераційному періоді інтенсивність болю у перші сутки була вище, ніж при методиці деартеріалізації. Процес загоєння та відновлення працездатності відбувається довше (22 ± 21), частота рецидивів була меншою і склала 5,4%.

Удосконалення технічних засобів дозволило використовувати високочастотну монополярну коагуляцію ($n = 178$) та біполярну коагуляцію апаратом Liga Sure ($n = 84$), як сучасну альтернативу класичній гемороїдектомії. Слід відзначити меншу інтенсивність болю в першу добу та протягом післяопераційного періоду з однаковим терміном перебування в стаціонарі ($6 \pm 2,1$).

Ще одним сучасним варіантом хірургічного лікування, геморою III–IV стадії є операція Лонго ($n = 12$). При цьому проводиться кругова резекція слизової оболонки прямої кишки (вище зубчастої лінії) з подальшим підтягуванням і ушиванням, без видалення кавернозної тканини. У результаті цього гемороїдальні вузли підтягуються догори, зменшується їх кровопостачання, вони зменшуються в об'ємі. Відзначався менший термін госпіталізації 2–3 дні, значно менший біль, ніж при закритій методиці. Серед ускладнень у 19% були присутні тенезми в перші 2 місяці післяопераційного періоду.

Важливим аспектом лікування геморою є необхідність комплексного системного підходу на всіх стадіях захворювання. На ранніх стадіях геморою він дозволяє зупинити прогресування патології чи навіть подолати її, а при поєднанні з хірургічним втручанням зменшує ризик ускладнень та рецидиву.

Такий системний підхід до лікування має включати:

- раціональне харчування (достатнє споживання рідини та клітковини);
- нормалізацію акту дефекації (використання послаблювальних та інших лікарських засобів для корекції процесів травлення у випадку недостатньої ефективності раціонального харчування);
- оптимальні фізичні навантаження та руховий режим (унікати тривалого статичного навантаження та тривалого сидіння, особливо на унітазі);
- венотоніки (флавоноїди).

Завдяки використанню комплексу системних заходів отримані добрі результати, а саме на 35–40% скорочується термін загоєння післяопераційних ран та на 3–4 бали зменшується інтенсивність післяопераційного болю за 10 бальною аналоговою візуальною шкалою.

ВИСНОВКИ

Використання індивідуального комплексного підходу до кожного хворого в питанні вибору тактики хірургічного лікування геморою та широке впровадження сучасних методик дозволяє скоротити тривалість післяопераційного періоду, зберегти радикальність втручання та зменшити вірогідність розвитку рецидивів.

REFERENCES

1. Aigner F. The vascular nature of haemorrhoids. *J. Gastrointest. Surg.* 2008; 10 (7): 1144–50.
2. Faucheron JL, Gangner Y. Doppler-Guided Hemorrhoidal Artery Ligation for the Treatment of Symptomatic Hemorrhoids: Early and Three-Year Follow-up Results in 100 Consecutive Patients. *Dis Colon Rectum.* 2008; 25: 945–9.
3. Gherlov GK, Zukov DV, Karpovich AV et al. Surgical treatment of hemorrhoids. *Surgery.* 2008; 9: 19–24.
4. Jayne D, Stuto A. *Transanal Stapling Techniques for Anorectal Prolapse.* Springer-Verlag London Limited; 2009. 135 p.
5. Laurence R Sands, Dana R Sands. *Ambulatory colorectal surgery.* Informa Healthcare USA, Inc; 2009. 338 p.
6. Mishalov VG, Dibrova VA, Tsema BV. Surgery treatment of hemorrhoids. *Surgery of Ukraine.* 2008; 3: 76–86.
7. Mamchich VI, Palienco RK, Andriets VS et al. Treatment of acute hemorrhoids using minimally invasive techniques. *Surgery of Ukraine.* 2006; 2: 72–4.
8. Shudrak AA. Modern surgical methods of treatment of hemorrhoids. *Bulletin of Vinnytsia National Medical University.* 2010; 14 (2): 372–7.
9. Zaharash MP, Poida OI. Modern diagnosis and treatment of chronic hemorrhoids. Experience of the Coloproctological Center of Ukraine. *Health of Ukraine.* 2005; 110: 17–9.

Стаття надійшла до редакції 02.06.2022