

УДК 616.147.17-007.64-089.166

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЦИРКУЛЯРНОЙ СТАПЛЕРНОЙ ГЕМОРРОИДОПЕКСИИ ПО ЛОНГО

И.Е. Верхулецкий, А.Л. Вороной, А.И. Григорьян, Е.И. Верхулецкий

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. Рассмотрены непосредственные результаты 21 операции циркулярной stapлерной геморроидопексии по Лонго, впервые выполненных в клинике хирургии № 1 ФИПО Донецкого национального медицинского университета по поводу комбинированного и внутреннего геморроя 3 стадии. Группу сравнения составили 27 пациентов, которым произведена традиционная геморроидэктомия типа Миллигана-Моргана. У пациентов, перенесших операцию Лонго, отмечено достоверное уменьшение выраженности болевого синдрома на протяжении всего послеоперационного периода, а также сокращение продолжительности стационарного лечения и сроков нетрудоспособности более чем в 3 раза. Продолжительность оперативного вмешательства, а также количество ранних послеоперационных осложнений было сравнимым в обеих группах. В течение периода наблюдения (до 3 месяцев) раннего рецидива геморроя, а также серьезных осложнений (анальная инконтиненция, стриктуры и пр.) у пациентов обеих групп не отмечено.

Ключевые слова: геморроидэктомия, циркулярная stapлерная геморроидопексия, анальный пролапс.

Геморрой является одним из древнейших и наиболее распространенных заболеваний человечества – с проявлениями геморроя обращаются за медицинской помощью до 10-15% взрослого населения. При этом в структуре колопроктологической патологии пациенты с геморроем составляют весьма значительную долю – до 31-42% [1, 2]. Несмотря на свою многовековую историю, проблема лечения геморроя не только не потеряла своей актуальности, но и приобретает все большее значение. Общая тенденция социального и экономического прогресса создает массу этиологических факторов для развития геморроя и других заболеваний толстой кишки – рост количества работников квалифицированного (сидячего) труда, развитие транспорта и ограничение физической активности, преобладание в рационе рафинированной, белковой пищи, и пр.

Как известно, геморрой представляет собой расширение кавернозных венозных сплетений прямой кишки. В понимании патогенеза геморроя лидируют две теории – гемодинамическая, и теория «соскальзывания слизистой». Первая из них, подтвержденная в работах F. Stelzner (1972), Л.Л. Капуллера и В.Л. Ривкина (1976), Е.П. Мельман и И.Г. Да-

цун (1986), объясняет развитие геморроя нарушением соотношения притока и оттока крови в кавернозных подслизистых тельцах прямой кишки. Другая, не менее популярная теория, выдвинутая в 1975 г. W.H. Thomson, указывает на ведущую роль дистрофических процессов в продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, приводящих к смещению кавернозных телец и пролапсу слизистой анального канала. В настоящее время совершенно не вызывает сомнений, что оба этих фактора в равной мере участвуют в патогенезе геморроя, что подтверждается также многочисленными клиническими наблюдениями [3-5].

В Украине до последнего времени основным методом лечения геморроя продолжает оставаться традиционная геморроидэктомия, несмотря на обилие высокоэффективных малоинвазивных методик, которые за рубежом уже многие годы применяются у 60-80% пациентов. Этот факт, к сожалению, неизбежно способствует низкой «популярности» хирургического лечения геморроя среди пациентов, из-за наличия ряда негативных его аспектов – в первую очередь длительного и весьма болезненного послеоперационного периода. Вместе с тем, рост первичной обращаемости пациентов с геморроем закономерно будет способствовать увеличению ранней выявляемости колоректального рака.

Именно эти наблюдения постоянно подталкивали нас к внедрению малоинвазивных технологий в лечении проктологических пациентов, таких как латексное лигирование геморроидальных узлов и инъекционная склеротерапия, которые, однако, не решают проблемы у пациентов с геморроем 3-4 стадии. В течение последнего десятилетия все большее признание получает метод циркулярной аппаратной геморроидопексии, предложенный в 1981 г. С.Н. Кобландиным и позже усовершенствованный М. Pescatori (1997) и А. Longo (1990, 1998). Эффективность метода подтверждена многочисленными рандомизированными исследованиями, а количество оперированных пациентов уже давно превысило десяток тысяч [3-6].

Целью настоящей работы была оценка непосредственных результатов выполнения операции циркулярной стаплерной геморроидопексии по Лонго.

Материал и методы

В период с декабря 2008 г. по декабрь 2009 г. в клинике хирургии № 1 ФИПО Донецкого национального медицинского университета выполнена 21 операция циркулярной стаплерной геморроидопексии у пациентов с 3 стадией внутреннего и комбинированного геморроя.

Среди оперированных пациентов женщин было 6 (28,6%), мужчин – 15 (71,4%), в возрасте от 28 до 62 лет (средний возраст 43,9 лет). Из сопутствующих проктологических заболеваний у 2 пациентов были хронические трещины заднего прохода, у 7 – хронический колит и колостаз, у 2 женщин – ректоцеле 1 и 2 степени.

Группу сравнения составили 27 пациентов, отобранных за аналогичный период времени, которым по поводу комбинированного геморроя 3 стадии выполнена традиционная геморроидэктомия типа Миллигана-Моргана, в модификации с частичным ушиванием ран анального канала и применением биполярной коагуляции. Женщин среди них было 11 (40,7%), мужчин – 16 (59,3%), средний возраст пациентов 44,6 лет (от 29 до 68 лет). Спектр сопутствующей патологии был примерно схожим с таковым в основной группе – анальные трещины сопутствовали геморрою у 2 пациентов, хронический колит и запоры у 9, ректоцеле у 3 женщин.

Из исследования исключены пациенты с острым тромбозом геморроидальных узлов.

Стандарт дооперационного обследования пациентов включал, наряду с общеклиническими и биохимическими анализами крови и мочи, проведение осмотра перианальной области, ректального пальцевого исследования, аноскопии и ректороманоскопии. Пациентам с сопутствующими запорами, а также всем пациентам старше 50 лет дополнительно выполняли колоноскопию и/или ирригографию.

Предоперационная подготовка включала лаваж толстой кишки путем приема внутрь 3 литров раствора Эндофальк за 12 часов до вмешательства.

Операции в обеих группах выполняли под эпидуральной анестезией 0,5% раствором бупивакаина на уровне L₂-L₃.

Консервативная терапия, которую получали пациенты после операции, также была унифицирована и включала назначение анальгетиков, трех профилактических доз цефурок-

сима, пероральный прием метронидазола в течение трех суток, диосмина в дозе 1200 мг в сутки в течение 7 суток и ибупрофена в дозе 400 мг в сутки в течение 3 суток, для предупреждения перианального отека, для местного лечения использовали водорастворимые мази «Диоксизоль» и «Офлокаин».

Стул специально не задерживали, при необходимости его вызывали на 3 сутки пероральным приемом вазелинового масла.

Интенсивность послеоперационной боли оценивали по балльной цифровой рейтинговой шкале NRS [7].

Все пациенты повторно осмотрены через 1 и 3 месяца после вмешательства.

При обработке результатов исследований использованы методы вариационной статистики. Математическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Biostat и STADIA и табличного процессора MS Excel.

Результаты и обсуждение

Циркулярная стаплерная геморроидопексия по Лонго была выполнена 12 пациентам. Техника вмешательства не отличалась от общепринятой, описанной в большинстве зарубежных руководств по проктологии [1-3]. Операции выполняли под эпидуральной анестезией, в положении для промежностного камнесечения. Для вмешательства использовали стандартный одноразовый набор РРН-03, производства фирмы Ethicon, включающий циркулярный 33-миллиметровый стаплер, циркулярный дилататор ануса, аноскоп типа Фенслер для наложения кисетного шва, крючок для низведения нитей кисетного шва.

После обработки операционного поля производили умеренную дивульсию сфинктера (до 3 поперечных пальцев). При необходимости первым этапом иссекали анальную трещину или отдельные перианальные бахромки, с использованием биполярной электрокоагуляции.

В задний проход вводили циркулярный дилататор, вправляли при необходимости пролабирующие элементы аноректум и добивались равномерного расправления стенок анального канала вокруг дилататора, последний четырьмя отдельными швами фиксировали к перианальной коже. Далее при помощи операционного окончатого аноскопа на расстоянии 5-6 см от края ануса, выше оснований геморроидальных узлов последовательно накладывали слизисто-подслизистый кисетный шов нитью Vicryl 2/0, с обязательным захватом в стежки шва основных «сосудистых зон» на 1, 3, 7 и 11 часах условного циферблата. У пациенток с ректоцеле аналогичным образом накладыва-

ли два встречных полукисетных шва, по передней полуокружности – на 7-8 см выше края ануса, по задней полуокружности – на 4-5 см выше края ануса. После этого упорную браншу полностью раскрытого stapлера проводили выше линии кisetного шва, нити последнего завязывали и низводили сквозь отверстия в корпусе сшивающего аппарата. Бранши stapлера сводили вращением винта до плотного соприкосновения, при умеренной тракции за нити кisetного шва, располагая stapлер строго параллельно оси анального канала. Сводя рукоятки сшивающего аппарата, производили слизисто-подслизистую резекцию, и извлекали stapлер. Спадение и релапс геморроидальных комплексов отмечали сразу же после выполнения резекции. При необходимости по линии скрепчного шва накладывали отдельные дополнительные гемостатические швы Vicryl 2/0. В задний проход вводили гемостатический тампон «Спонгостан» (Ethicon) с сигнальной трубкой, и циркулярный дилататор извлекали.

У 27 пациентов контрольной группы техника оперативного вмешательства также была стандартизована. Вмешательство производили в положении для промежностного камнесечения под эпидуральной анестезией. Выполняли иссечение снаружи внутрь трех основных геморроидальных комплексов на 3, 7 и 11 часах условного циферблата с использованием биполярной электрокоагуляции и перевязкой сосудистых ножек. Раны анального канала ушивали отдельными швами Vicryl rapid 2/0 только до зубчатой линии. Как и у пациентов первой группы операцию заканчивали введением гемостатического тампона «Спонгостан» (Ethicon) с сигнальной трубкой.

Первые непосредственные результаты операции stapлерной геморроидопексии произвели на нас самое благоприятное впечатление (см. табл.)

Продолжительность оперативного вмешательства была сравнимой в обеих группах, стоит, однако заметить, что с накоплением опыта время, затраченное на выполнение операции Лонго, уменьшалось.

Результаты выполненных операций в I и II группах

Таблица.

Критерии сравнения	I группа (n=21)	II группа (n=27)
Продолжительность операции, минуты	30,0±2,77	33,5±1,37 *
Необходимость использования опиатов, число пациентов	0	20 (74,1%)
Длительность применения анальгетиков, сутки	1,25±0,18	5,81±0,38 **
Интенсивность боли в 1 сутки после операции, по 10 балльной шкале	3,1±0,35	5,4±0,28 **
Интенсивность боли во время первого стула, по 10 балльной шкале	2,3±0,29	5,8±0,28 **
Интенсивность боли на 7 сутки после операции, по 10 балльной шкале	0,6±0,21	2,9±0,19 **
Послеоперационное кровотечение, число пациентов	0	1 (3,7%)
Острая задержка мочеиспускания, число пациентов	2 (9,5%)	6 (22,2%)
Перианальный отек/тромбоз, число пациентов	0	1 (3,7%)
Продолжительность стационарного лечения, сутки	2,8±0,21	6,9±0,30 **
Длительность нетрудоспособности, сутки	6,2±0,59	20,4±1,35 **

* – различия недостоверны; ** – различия достоверны, $p < 0,001$

Болевой синдром у пациентов после операции стаплерной геморроидопексии был выражен незначительно, и не требовал назначения опиатов. В подавляющем большинстве случаев оказывалось достаточным трехкратное введение ненаркотических анальгетиков в течение первых послеоперационных суток. Напротив, в группе сравнения, послеоперационные боли были достаточно выраженными на протяжении 7 суток, в связи с чем 20 больных (74,1%) получали наркотические анальгетики, а потребность в обезболивании сохранялась на протяжении в среднем $5,81 \pm 0,38$ суток.

В основной группе серьезных послеоперационных осложнений не отмечено, у 2 мужчин возникли затруднения при мочеиспускании, успешно разрешенные однократной катетеризацией мочевого пузыря. Практически все пациенты отмечали скудные кровянистые выделения из ануса после первой дефекации.

После традиционной геморроидэктомии острая задержка мочи развилась у 6 пациентов, у 1 пациента на 1 сутки возникло кровотечение, потребовавшее ревизии анального канала, еще у 1 больного на 3 сутки отмечены явления выраженного перианального отека, которые купированы консервативно.

Достоверно меньшей была и продолжительность стационарного лечения пациентов после операции Лонго – пациентов выписывали, в среднем, на 3 послеоперационные сутки, трудоспособность их восстанавливалась уже к 6-7 суткам после операции. Пациенты основной группы находились на стационарном лечении до 7 суток и оставались нетрудоспособными в течение $20,4 \pm 1,35$ дней.

Все пациенты обеих групп были повторно осмотрены через 1 и 3 месяца после вмешательства. Выполняли ректальное пальцевое исследование, аноскопию и ректороманоскопию.

Среди пациентов, которым выполнена стаплерная геморроидопексия, не было выявлено симптомов раннего рецидива геморроя (ректальных кровотечений, анального пролапса) а также проявлений анальной инконтиненции или стриктуры ануса. При аноскопии у всех пациентов достаточно четко прослеживалась линия скрепочно-го шва, отмечено частичное отторжение скрепок. К 3 месяцам скрепок уже не обнаруживали, линия шва замещалась тонким рубцом.

У пациентов контрольной группы также не отмечено рецидива геморроя, однако у одного пациента обнаружено умеренное бессимптомное сужение анального канала, успешно разрешенное консервативными мероприятиями.

У 3 пациентов образовались мелкие перианальные бахромки, еще 2 беспокоили незначительные боли в заднем проходе во время дефекации.

Таким образом, непосредственные результаты операции циркулярной стаплерной геморроидопексии следует признать хорошими. Метод показал достаточную эффективность в коррекции геморроя, при минимальной инвазивности и низком риске послеоперационных осложнений, уменьшении интенсивности послеоперационного болевого синдрома и сокращения сроков стационарного лечения и нетрудоспособности. При выполнении операции Лонго имеется возможность симультанной коррекции сочетанной аноректальной патологии – анальных трещин, бахромок и ректоцеле.

Одним из основных недостатком операции Лонго считают относительно высокую стоимость одноразовых принадлежностей для ее выполнения. Однако путем несложных подсчетов удается выяснить, что затраты на расходные материалы сполна компенсируются коротким реабилитационным периодом и значительным сокращением расходов на лечение, не говоря о высоком уровне «комфортности» метода. Экономический эффект от операции таким образом становится очевидным.

Выводы

Не отрицая роли операции Миллигана-Моргана, как «золотого стандарта» в хирургии геморроя, мы убеждены, что операция Лонго может быть эффективной альтернативой в лечении геморроя 3 и 4 стадии при условии дифференцированного подбора пациентов.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ЦИРКУЛЯРНОЇ СТАПЛЕРНОЇ ГЕМОРОЇДОПЕКСІЇ ПО ЛОНГО

*І.Є. Верхулецький, А.Л. Вороной,
А.І. Григор'ян, Є.І. Верхулецький*

Реферат. Розглянуто безпосередні результати 21 операції циркулярної стаплерної геморроїдопексії по Лонго, вперше виконаних у клініці хірургії № 1 ФПО ДонНМУ з приводу комбінованого та внутрішнього геморою 3 стадії. Групу порівняння склали 27 пацієнтів, яким проведена традиційна геморроїдектомія типу Міллігана-Моргана. У пацієнтів, які перенесли операцію за Лонго, відзначено вірогідне зменшення інтенсивності болювого синдрому протягом всього післяопераційного періоду, а також скорочення тривалості стаціонарного лікування і термінів непрацездатності більш ніж у 3 рази. Тривалість оперативного втручання, а також кількість ранніх післяопераційних ускладнень були порівняними в обох групах. Протягом періоду спостереження (до 3 місяців) раннього рецидиву геморою, а також серйозних ускладнень (анальна інконтиненція, стриктури тощо) у пацієнтів обох груп не відзначено.

Ключові слова: геморроїдектомія, циркулярна стаплерна геморроїдопексія, анальний пролапс.

FIRST EXPERIENCE OF CIRCULAR STAPLER HEMORRHOIDOPEXY BY LONG

I.E. Verhuletsky, A.L. Voronoy, A.I. Grigoryan, E.I. Verhuletsky

Abstract. The results of 21 operations of internal and mixed hemorrhoids of the third stages by circular stapler hemorrhoidopexy according to Longo technique that were performed for the first time in the Surgery Clinic № 1 have been analysed. The comparison group consisted of 27 patients who underwent a traditional hemorrhoidectomy according to Milligan-Morgan technique. In those patients who underwent surgery according to Longo technique a significant decrease of pain during the postoperative period, as well as the reduction of inpatient treatment and timing of disability in 3 times were noted. The duration of surgery, as well as the number of early postoperative complications was comparable in both groups. During the observation period (3 months) of early recurrence of hemorrhoids, as well as serious complications (anal incontinence, strictures, etc.) in the condition of the patients in both groups were not observed.

Key words: hemorrhoidectomy, circular stapler hemorrhoidopexy, anal prolapse.

ЛИТЕРАТУРА

1. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. – Springer Science & Business Media, LLC. – 2007. – 394 p.
2. Ambulatory colorectal surgery / ed. by Laurence R. Sands, Dana R. Sands. – Informa Healthcare USA, Inc. – 2009. – 338 p.
3. Jayne D. Transanal Stapling Techniques for Anorectal Prolapse / D. Jayne, A. Stuto (eds.) // Springer-Verlag London Limited. – 2009. – 135 p.
4. Hemorrhoidal stapler prolapsectomy vs. Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: a long-term randomized trial / A. Raccaluto, I. Aliotta, G. Corsaro et al. // Int. J. Colorectal Dis. – 2004. – № 19 – P. 239-244.
5. Ho K.S. Prospective randomized trial comparing stapled hemorrhoidopexy versus closed Ferguson hemorrhoidectomy. / K.S. Ho, Y.H. Ho // Tech. Coloproctol. – 2006. – № 10. – P. 193-197.
6. The treatment of hemorrhoids: guidelines of the Italian Society of Colo-Rectal Surgery / D.F. Altomare, A. Roveran, G. Pecorella et al. // – Tech. Coloproctol. – 2006. – № 10. – P. 181-186.
7. Assessment of pain. / H. Breivik, P.C. Borchgrevink, S.M. Allen et al. // British Journal of Anaesthesia. – 2008. – № 1. – P. 17-24.