

Міністерство охорони здоров'я України  
Асоціація хірургів України  
Національний інститут хірургії та трансплантології  
імені О. О. Шалімова НАМН України

# КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 2 (898) лютий 2017  
Щомісячний науково—практичний журнал  
(спеціалізоване видання для лікарів)  
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений  
«КРИШТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,  
медалями «ТРУДОВА СЛАВА» та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»  
Міжнародної Академії  
Рейтингових технологій та соціології  
«Золота Фортуна»

Редактор  
Г. В. Остроумова  
Коректор  
О. П. Заржицька

Видання включене до міжнародних наукометричних баз  
SCOPUS, EBSCOhost, Google Scholar, OCLC World Cat та ін.  
Журнал реферований у PubMed.

Затверджений постановою президії ВАК України  
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:  
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:  
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,  
редакція журналу «Клінічна хірургія».  
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>  
e-mail: [info@hirurgiya.com.ua](mailto:info@hirurgiya.com.ua)  
[jcs@fm.com.ua](mailto:jcs@fm.com.ua)

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 27.02.17. Формат 60 × 90/8.  
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 10  
Обл. вид. арк. 9,81. Тираж 1000.  
Замов. 28

Видавець  
ТОВ «Ліга-Інформ»  
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.  
Тел./факс (- 044) 408.18.11.  
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру  
суб'єктів видавничої справи  
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ  
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»  
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.  
Тел./факс (- 044) 463.73.01.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих  
в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе  
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2017  
© Ліга – Інформ, 2017

ISSN 0023–2130



# КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 2 (898) лютий 2017

Головний редактор  
О. Ю. Усенко

Заступники  
головного редактора  
С. А. Андреещев  
М. Ю. Ничитайло

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Л. С. Білянський  
С. О. Возіанов  
В. Г. Гетьман  
О. І. Дронов  
М. Ф. Дрюк  
Я. Л. Заруцький  
М. П. Захараш  
Г. П. Козинець  
В. М. Копчак  
М. В. Костилен  
О. Г. Котенко  
А. С. Лаврик  
В. В. Лазоришинець  
О. С. Ларін  
С. Є. Подпрятков  
А. П. Радзіховський  
А. В. Скумс  
Я. П. Фелештинський  
П. Д. Фомін  
В. І. Цимбалюк  
С. О. Шалімов  
П. О. Шкарбан

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрющенко  
Я. С. Березницький  
В. В. Бойко  
М. М. Велигоцький  
В. В. Ганжий  
Б. С. Запорожченко  
І. В. Іюффе  
П. Г. Кондратенко  
І. А. Криворучко  
В. І. Лупальцов  
О. С. Никоненко  
В. В. Петрушенко  
В. І. Русин  
В. М. Старосек  
А. І. Суходоля  
С. Д. Шаповал  
І. М. Шевчук



## ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕМОРОЮ III—IV СТАДІЇ

С. П. Бродовський, А. Г. Іфтодій, І. М. Козловська  
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

## OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHOIDAL DISEASE STAGES III—IV

S. P. Brodovskiy, A. G. Iftodiy, I. M. Kozlovska  
Bukovynian State Medical University, Chernivtsi

### Реферат

Представлені результати лікування пацієнтів з приводу хронічного геморою III — IV стадії за розробленим методом гемороїдектомії з застосуванням радіохвильового скальпеля "Surgitron TM" та подальшим заварюванням судинної ніжки за допомогою високочастотного електрокоагулятора ЕК—301М1. У пацієнтів, оперованих за запропонованим методом, частота інтраопераційних ускладнень та тяжкість крововтрати суттєво менші, ніж у групі порівняння. За умови достатнього володіння хірургічними навичками, розроблений метод оперативного лікування забезпечує зменшення частоти ранніх і пізніх ускладнень, швидке повернення хворих до звичайного способу життя після хірургічного лікування.

**Ключові слова:** хронічний геморої; гемороїдектомія; високочастотний електрокоагулятор ЕК—301М1.

### Abstract

The treatment results in patients, suffering chronic hemorrhoidal disease stages III—IV, in accordance to the elaborated method of hemorrhoidectomy, using radio—wave scalpel "Surgitron TM" with further welding of vascular pedicle, applying high—frequency electrocoagulator EK—301M1, are presented. In the patients, operated on in accordance to the method proposed, the intraoperative complications rate and the blood loss severity were essentially lesser than in a comparison group. Owing an adequate level of surgical skills, the operative treatment method elaborated guarantees the reduction of early and late postoperative morbidity, rapid coming back to routine way of living postoperatively.

**Keywords:** chronic hemorrhoidal disease; hemorrhoidectomy; high—rate electrocoagulator EK—301M1.

Геморої — одне з найбільш поширених захворювань, його частота становить 140 на 1000 дорослого населення [1, 2]. Захворювання відносять до хвороб цивілізації та способу життя, у формуванні яких вирішальним чинником є порушення мікроциркуляції. Сучасний темп життя супроводжується гіподинамією. Вимушене тривале сидіння за комп'ютером, на роботі і вдома, за кермом автомобіля і т. п. супроводжується постійним застоєм крові в органах малого таза, зокрема, у прямій кишці. Це спричиняє збільшення захворюваності на геморої, який все частіше виявляють у пацієнтів молодого працездатного віку [3 — 5].

Геморої — патологічне збільшення гемороїдальних вузлів, причиною якого є гостре або хронічне порушення кровообігу в печеристих утвореннях. Поряд з порушенням кровообігу, виникнення геморою зумовлене дистрофічними змінами у зв'язках гемороїдальних вузлів [2, 3].

Внаслідок цього гемороїдальні вузли збільшуються, зміщуються в дистальному напрямку, прогресують процеси дистрофії в утримувальному апараті, що зумовлює випадіння гемороїдальних вузлів з каналу відхідника. Дистрофічні процеси у загальному поздовжньому м'язі підслизового прошарку прямої кишки і зв'язці Паркса, що утримують печеристі тільця в каналі відхідника, спричиняють поступовий, але необоротний зсув гемороїдальних вузлів у дистальному напрямку [2, 6].

Основним методом хірургічного лікування геморою є гемороїдектомія. Таке хірургічне втручання показане пацієнтам при захворюванні у III—IV стадії, з вираженими зовнішніми гемороїдальними вузлами, за неефективності або неможливості застосування мініінвазивних хірургічних методів. Гемороїдектомію вважають "золотим стандартом" і одним з найефективніших методів лікування геморою [1, 3 — 5].

Застосовують такі варіанти гемороїдектомії:

о закрита (з відновленням слизової оболонки каналу відхідника) — висічення вузлів з слизовою оболонкою, що вкриває їх, цілісність якої відновлюють за допомогою безперервних або окремих вузлових швів. Застосовують за відсутності чіткої межі між зовнішніми і внутрішніми гемороїдальними вузлами. Найбільш частими ускладненнями є анальна інконтиненція (у 8,5% спостережень), стриктура каналу відхідника (у 2%), кровотеча після операції (у 2,7%), запор (у 4%), дизурія (у 2%);

о відкрита (класична) — рани залишають відкритими. Застосовують у пацієнтів при захворюванні III — IV стадії як окремий метод, а також при поєднанні геморою з запальними захворюваннями каналу відхідника (анальна тріщина, нориця прямої кишки). Найбільш частими ускладненнями є анальна інконтиненція

ненція (у 8%), гостра затримка сечовипускання (в 1%), кровотеча в ранньому післяопераційному періоді (у 2%);

о підслизова — дугоподібний розріз слизової оболонки каналу відхідника з використанням коагулятора після попереднього промивання і перев'язування ніжки гемороїдального вузла. У подальшому висікають його і відновлюють слизову оболонку. Метод дозволяє без деформації і натягу повністю відновити слизову оболонку каналу відхідника і прямої кишки з розташуванням кукси вузла у підслизовому прошарку. Через підвищену кровоточивість під час підслизового виділення печеристої тканини операція супроводжується технічними складнощами. Найбільш частими ускладненнями є рефлекторна затримка сечовипускання (у 6%), кровотеча з ран каналу відхідника в ранньому післяопераційному періоді (в 1,5%);

о степлерна гемороїдопексія (операція Лонго) — фіксація і ліфтинг внутрішнього гемороїдального сплетення шляхом циркулярної резекції слизової оболонки та підслизового прошарку нижньоампулярного відділу прямої кишки з використанням зшивального апарата та накладанням механічного шва, що у подальшому перешкоджає випадінню внутрішніх гемороїдальних вузлів. Показанням до застосування методу є геморої III—IV стадії, поєднання геморою з випадінням слизової оболонки нижньоампулярного відділу прямої кишки.

Після операції хворим показана реабілітація протягом тривалого часу, до того ж відзначають високу частоту ускладнень, порівняно з такою за інших методів. Ранніми післяопераційними ускладненнями є больовий синдром, кровотеча, прорізування швів, запальні ускладнення, дизурія [1, 4, 6]. У подальшому можливе формування стриктури чи норич каналу відхідника, слабкість м'язів—замикачів відхідника, анальна інконтиненція [3, 5].

Необхідний пошук шляхів підвищення ефективності лікування хронічного геморою III — IV стадії та

впровадження нових методів хірургічного лікування. Віддалені результати лікування та частота ускладнень після оперативного лікування є вирішальними в оцінці якості лікування та соціальної реабілітації хворих на хронічний геморої.

Мета дослідження: пошук нових методів лікування хронічного геморою III—IV стадії, спрямованих на поліпшення безпосередніх та віддалених результатів, профілактику післяопераційних ускладнень.

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 132 хворих з приводу хронічного геморою III — IV стадії у проктологічному відділенні Обласної клінічної лікарні, хірургічному відділенні № 1 ЛШМД м. Чернівці у період з 2012 по 2016 р. Проведений

аналіз історій хвороби пацієнтів, протоколів хірургічних операцій та віддалених результатів лікування. Більшість — 74 (56%) хворих чоловіки, жінок було 58 (44%), співвідношення чоловіків і жінок 1,28 : 1.

У 67 пацієнтів (основна група) з метою зменшення термічного впливу на слизову оболонку прямої кишки під час гемороїдектомії для розрізу слизової оболонки та анодерми застосовували радіохвильовий скальпель "Surgitron TM" з подальшим заварюванням судинної ніжки з використанням високочастотного електрокоагулятора ЕК—301М1. Оперативне втручання здійснювали у плановому порядку в умовах загальної чи регіонарної анестезії. Перевагу віддавали спинномозковій анестезії з застосуванням розчину меркаїну або бупівакаїну на рівні L<sub>III</sub> — L<sub>IV</sub> або L<sub>IV</sub> — L<sub>V</sub>, що забезпечувало

Таблиця 1. Технічна характеристика оперативного втручання в групах хворих

Група	Технічна характеристика оперативного втручання			
	тривалість операції, хв ( $\bar{x} \pm m$ )	Частота ускладнень		об'єм крововтрати, мл ( $\bar{x} \pm m$ )
		абс.	%	
Основна (n=67)	28,47 ± 3,214	1	1,49	6,48 ± 4,162
Порівняння (n=65)	37,35 ± 3,473	3	4,62	51,07 ± 3,397

**Примітка.** \* - різниця показників достовірна від таких в групі порівняння (p < 0,01).

Таблиця 2. Післяопераційні ускладнення у хворих на хронічний геморої III - IV стадії

Ускладнення	Кількість спостережень в групах			
	основній (n=67)		порівняння (n=65)	
	абс.	%	абс.	%
Ранні				
Тромбоз зовнішніх гемороїдальних вузлів	-	-	1	1,54
Нагноення операційної рани	-	-	1	1,54
Гематома ділянки промежини	1	1,49	2	3,08
Гіпотонус м'яза-замикача відхідника	1	1,49	2	3,08
Прокталгія	1	1,49	3	4,62
Дизурія	1	1,49	3	4,62
Прорізування швів	1	1,49	2	3,08
Кровотеча в ранньому післяопераційному періоді	-	-	2	3,08
Віддалені				
Недостатність, гіпотонус м'яза-замикача відхідника	-	-	2	3,08
Анальна інконтиненція	-	-	1	1,54
Прокталгія	-	-	1	1,54
Стриктура каналу відхідника	1	1,49	2	3,08
Разом ...	6	8,96	22	33,85

адекватне знеболювання впродовж тривалого часу і повне розслаблення м'язів—замикачів відхідника.

У 65 хворих (група порівняння) гемороїдальні вузли видаляли з використанням високочастотного електрокоагулятора ЕК—301М1 за загальноприйнятою методикою [7].

Для оцінки технічної характеристики розробленого способу хірургічного лікування ми аналізували такі показники: тривалість оперативного втручання, частота інтраопераційних ускладнень, технічні труднощі під час втручання, об'єм крововтрати, що визначали шляхом зважування використаного перев'язувального матеріалу.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючи тривалість захворювання, ми встановили, що у 57 (43,18%) пацієнтів обох груп вона становила 1—3 роки, у 64 (48,48%)—від 3 до 5 років, в 11 (8,34%)—понад 5 років. Такий розподіл за тривалістю захворювання свідчив про

неефективність консервативної терапії.

Частота інтраопераційних ускладнень (кровотечі) та тяжкість крововтрати в основній групі були суттєво меншими, ніж у групі порівняння (*табл. 1*). Незначна частота ускладнень свідчила про достатню технічну простоту розробленого способу оперативного втручання.

Застосування розробленого методу хірургічного лікування хронічного геморою дозволило суттєво зменшити частоту післяопераційних ускладнень (*табл. 2*).

За всіма критеріями ефективності лікувальної тактики у хворих основної групи вища, ніж в групі порівняння.

Повернення до звичайного способу життя без значного фізичного навантаження в основній групі відзначали на 6—ту добу у 4 (5,97%) пацієнтів, на 8—му добу — у 38 (56,72%), на 10—ту добу — у 20 (29,85%), на 12—ту добу — у 5 (7,46%); в групі порівняння на 8—му добу — у 6 (9,23%), на 10—ту добу —

у 29 (44,62%), на 12—ту добу — у 30 (46,15%).

Також відзначали зменшення середньої тривалості лікування в стаціонарі хворих основної групи на 3,18 доби ( $p < 0,001$ ).

Отже, розроблений метод оперативного втручання з приводу хронічного геморою III—IV стадії достатньо простий, не викликає технічних труднощів, оскільки не збільшує тривалість операції. За умови достатнього володіння хірургічними навичками розроблений метод забезпечує зменшення частоти ускладнень і тяжкість крововтрати, швидке повернення пацієнтів до звичайного способу життя після хірургічного втручання.

Застосування розробленого методу сприяло підвищенню ефективності лікування хронічного геморою на 35%, зменшенню тривалості лікування у стаціонарі — в 1,7 разу, частоти післяопераційних ускладнень — у 3,6 разу.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Рустамова АБ. Геморрой — современный взгляд на проблему. Укр. журн. клін. та лаб. медицини. 2013; 8 (2): 9—11.
2. Шельгин ЮА, Благодарный ЛА. Справочник колопроктолога. Москва: Литтерра, 2012: 89.
3. Загрядский ЕА, Горелов СИ. Трансанальная доплер—контролируемая дезартериализация в сочетании с мукопексией в лечении геморроя III—IV стадии. Колопроктология. 2010; 2 (32): 8—14.
4. Шельгин ЮА, Благодарный ЛА, Хмылов ЛМ. Выбор способа геморроидэктомии при хроническом геморрое. Там же. 2003; (1): 1—9.
5. Chugh A, Singh R, Agarwal P. Management of hemorrhoids. Ind. J. Clin. Pract. 2014; 25 (6): 577—80.
6. Ratto C, Donisi L, Parello A, et al. Distal Doppler—guided dearterialization' is highly effective in treating haemorrhoids by transanal haemorrhoidal dearterialization. Colorect. Dis. 2012; (4): 786—9.
7. Спосіб гемороїдектомії по М. П. Захарашу: пат. 4618 Україна. МПК7 А61В17/00. заявл. 25.06.04; опубл. 17.01.05, Бюл. № 1.

