

УДК 616.147.17-007.64-089.168.1-06/.009.7-084

DOI: 10.34215/1609-1175-2020-1-68-71

Профилактика болевого синдрома и ближайших послеоперационных осложнений при оперативном лечении хронического геморроя

В.Н. Ищенко¹, А.Е. Краснобаев², А.А. Григорюк¹

¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия;

² Медицинский центр «Санас», Владивосток, Россия

Цель: оценить эффективность геморроидэктомии способом Миллигана–Моргана в авторской модификации. **Материал и методы.** Проведен анализ результатов оперативного лечения 558 больных 21–72 лет с осложненным геморроем III–IV стадий. Группа клинического сравнения (207 пациентов) оперирована по стандартной схеме, основная группа (351 пациент) по авторской технологии с модифицированной техникой обработки геморроидальной ножки и применением бетаметазона. **Результаты.** При использовании авторской методики достигнуто значительное снижение интенсивности послеоперационного болевого синдрома: уже через сутки не требовались инъекционные анальгетики, а через 6 дней болевой синдром был купирован во всех наблюдениях. Только у трех пациентов (0,9%) отмечалась острая задержка мочи длительностью до двух суток. В группе клинического сравнения сохранялся длительный (до трех месяцев) болевой синдром, послеоперационная задержка мочи зарегистрирована в 38 наблюдениях (18,4%), у 9 человек (4,3%) возникли кровотечения из зоны вмешательства. **Заключение.** Предложенная методика оперативного лечения геморроя и ведения послеоперационного периода достаточно эффективна, легковосполнима и может быть внедрена в любом стационаре хирургического профиля.

Ключевые слова: геморрой, операция Миллигана–Моргана, бетаметазон, болевой синдром, кровотечение

Поступила в редакцию 27.12.2019 г. Принята к печати 27.01.2020 г.

Для цитирования: Ищенко В.Н., Краснобаев А.Е., Григорюк А.А. Профилактика болевого синдрома и ближайших послеоперационных осложнений при оперативном лечении хронического геморроя. *Тихоокеанский медицинский журнал.* 2020;1:68–71. doi: 10.34215/1609-1175-2020-1-68-71

Для корреспонденции: Григорюк Александр Анатольевич – канд. мед. наук, доцент Института хирургии ТГМУ (690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2), ORCID: 0000-0002-7957-5872; e-mail: aa_grig@mail.ru

Prevention of pain syndrome and immediate postoperative complications in the surgical treatment of chronic hemorrhoids

V.N. Ishchenko¹, A.E. Krasnobaev², A.A. Grigoryuk¹

¹ Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia; ² Medical Center “Sanas”, Vladivostok, Russia

Objective: To assess the efficacy of hemorrhoidectomy with Milligan-Morgan technique in the author's modification. **Methods:** Results of surgical treatment of 558 patients aged 21–72 years with complicated hemorrhoids of III–IV stage were analyzed. The group of clinical comparison (207 patients) was operated according to standard scheme, the main group (351 patients) – according to author's technology with modified technique for treating the hemorrhoid bolus using betamethasone. **Results:** When using the author's technique, a more significant decrease in postoperative pain syndrome severity was achieved: injection analgesics were not required already in a day, and after 6 days the pain syndrome was stopped in all cases. Only three patients (0.9%) demonstrated an acute urinary retention up to two days. The group of clinical comparison maintained a long-term (up to three months) pain syndrome; postoperative urinary retention was registered in 38 cases (18.4%); 9 patients (4.3%) developed blood loss in the area of surgical intervention. **Conclusions:** Suggested technique of surgical treatment for hemorrhoids is quite effective, simple and can be implemented in any surgical inpatient facility.

Keywords: hemorrhoids, Milligan–Morgan technique, betamethason, pain syndrome, blood loss

Received: 27 December 2019; Accepted: 27 January 2020

For citation: Ishchenko VN, Krasnobaev AE, Grigoryuk AA. Prevention of pain syndrome and immediate postoperative complications in the surgical treatment of chronic hemorrhoids. *Pacific Medical Journal.* 2020;1:68–71. doi: 10.34215/1609-1175-2020-1-68-71

Corresponding author: Aleksandr A. Grigoryuk, MD, PhD, associate professor, Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave., Vladivostok, 690002, Russian Federation); ORCID: 0000-0002-7957-5872; e-mail: aa_grig@mail.ru

Широкое внедрение современных методов в лечение геморроя, безусловно, дает положительные результаты, но доля лиц с III–IV стадиями этого заболевания в популяции остается высокой. Значительный рост частоты осложненных форм хронического геморроя

и высокий процент рецидивов в первые 2–3 года после оперативного лечения и послужили мотивацией для написания данной работы [1, 2].

Общеизвестно, что малоинвазивные вмешательства дают хорошие результаты при лечении геморроя I–II,

иногда и III стадий [1, 3–6]. Однако независимо от вида оперативного пособия у 34–41 % пациентов после операции возникает выраженный болевой синдром в области вмешательства, периодически приводящий к дизурическим расстройствам [1, 2, 5, 7]. У 3–5 % больных в ближайшем послеоперационном периоде отмечаются кровотечения, которые нуждаются в неотложной хирургической или консервативной коррекции [1, 8, 9]. Все вышеуказанные осложнения приводят к увеличению сроков послеоперационной реабилитации [1, 5]. В связи с этим совершенствование методик оперативного лечения геморроя и медикаментозного сопровождения послеоперационного периода продолжают оставаться актуальными. Из литературы известно, что послеоперационный болевой синдром напрямую зависит от выраженности воспаления в области вмешательства [1, 5, 10]. Поэтому мы решили применить бетаметазон для уменьшения воспалительной реакции, как это делают некоторые узкие специалисты. [11, 12].

Цель исследования: оценить эффективность геморроидэктомии способом Миллигана–Моргана в авторской модификации.

Материал и методы

В основу работы положен анализ оперативного лечения хронического геморроя III–IV стадий в различных лечебно-профилактических учреждениях Приморского края с 2005 по 2018 гг. Все больные были разделены на две группы: группу клинического сравнения (ГКС) и основную группу (ОГ). В ГКС вошли 207 пациентов (132 мужчины и 75 женщин) в возрасте от 28 до 72 лет, страдавших геморроем III–IV стадии и оперированных в 2005–2012 гг. способом Миллигана–Моргана в модификации Фергюссона. Основная группа (ОГ) состояла из 351 пациента (205 мужчин и 146 женщин) в возрасте от 21 года до 64 лет с хроническим геморроем III–IV стадий, оперированных в частных медицинских центрах «одного дня» г. Владивостока в 2012–2018 гг. по способу Миллигана–Моргана с собственной модификацией обработки геморроидальной ножки [9]. Также проводилась профилактика местной послеоперационной воспалительной реакции двухэтапным введением бетаметазона («Дипроспан») [13]. На первом этапе препарат вводили в разведении с лидокаином (1:4) в мышечный массив сфинктера по точкам, соответствующим 3, 7 и 11 часам условного циферблата, для исключения послеоперационного мышечного спазма. Инъекции осуществлялись внутрисфинктерно до дивульсии анального канала, когда четко определялись объем и контур сфинктера (рис., а). По окончании геморроидэктомии и обработки операционного поля антисептиком для уменьшения локальной воспалительной реакции и, соответственно, снижения интенсивности болевого синдрома на втором этапе проводили инъекцию лекарственной смеси, состоящей из

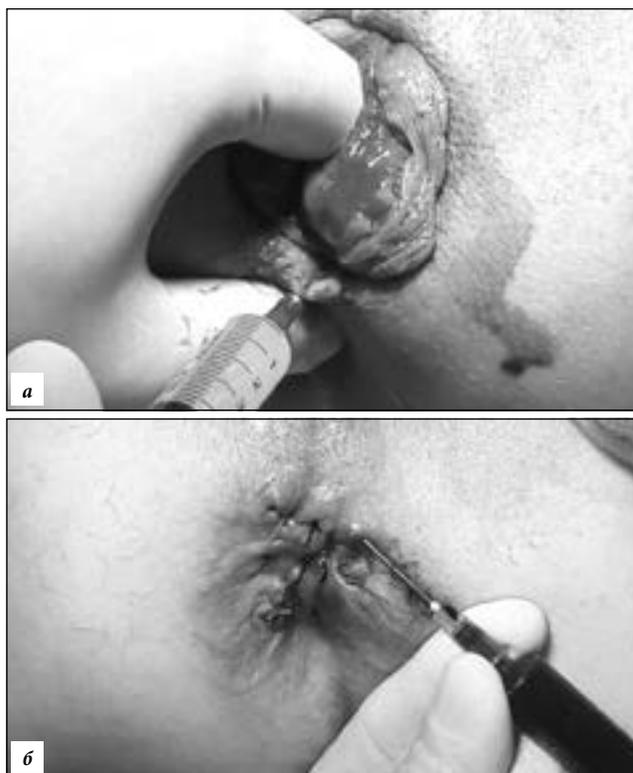


Рис. Внутрисфинктерное (а) и внутрикожное (б) введение бетаметазона (пояснения в тексте).

бетаметазона и 0,5 % водного раствора метиленового синего (1:4), внутрисфинктерно, между линиями швов по направлению к анальному каналу (рис., б). Операция заканчивалась введением внутривисцерально газоотводной трубки и мазевого тампона с «Левосином» на две суток.

Все операции осуществлялись под спинномозговой анестезией, за исключением случаев противопоказаний по сопутствующей патологии. В послеоперационном периоде проводились симптоматическая терапия и перевязки.

Для оценки степени и интенсивности болевого синдрома использовалась вербальная ранговая шкала (ВРШ), содержащая набор слов-дескрипторов боли, отражающих степень ее нарастания, последовательно нумерующихся от меньшей тяжести к большей: нет – 0, слабая – 1, умеренная – 2, сильная – 3, очень сильная – 4, нестерпимая (невыносимая) – 5.

Полученные данные обрабатывались методами описательной статистики с вычислением средних величин (M) и их стандартных отклонений (s) с оценкой достоверности разности по критерию Пирсона (χ^2) при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования

В ГКС средняя продолжительность стационарного периода равнялась $11 \pm 0,8$ дня. Во всех случаях зарегистрирован устойчивый послеоперационный болевой синдром различной степени выраженности

Таблица 1
Длительность и интенсивность болевого синдрома после геморроидэктомии

Сутки	ГКС (n=207)		ОГ (n=351)	
	Кол-во больных	ВРШ, баллы	Кол-во больных	ВРШ, баллы
1	207	5	351	2
2	207	4	351	1
3	207	4	351	1
4	207	4	128	1
5	207	3	64	1
6	207	3	19	1
7	207	3	–	–
14	207	2	–	–
21	207	2	–	–
30	152	1	–	–
60	49	1	–	–
90	6	1	–	–

Примечание: разница между группами статистически значима ($p < 0,05$).

Таблица 2
Структура ранних послеоперационных осложнений при хроническом геморрое

Группа	Кол-во осложнений			
	Задержка мочи		Кровотечение	
	абс.	%	абс.	%
ГКС (n=207)	38	18,4	9	4,3
ОГ (n=351)	3	0,9	–	–

Примечание: разница по обоим осложнениям между группами статистически значима ($p < 0,05$).

длительностью от месяца и более (табл. 1). Среди осложнений встречались кровотечения из культи геморроидального узла и задержка мочеиспускания на 1–3 дня после операции (табл. 2). Причиной кровотечения во всех случаях стало соскальзывание лигатуры с проксимального отдела культи геморроидального узла, что потребовало экстренного повторного оперативного вмешательства. В ОГ длительность болевого синдрома не превышала 6 дней, а острая задержка мочи возникала значимо реже, чем в ГКС. Кровотечений из культи геморроидального узла в этой группе не зарегистрировано (табл. 1, 2).

Обсуждение полученных данных

Геморроидэктомия остается крайне дискомфортным для пациента оперативным вмешательством, что в первую очередь связано с послеоперационным болевым синдромом. На вооружении у хирургов имеется множество методов лечения хронического геморроя, основные критерии которых: радикализм, снижение числа послеоперационных осложнений, минимизация

болевого синдрома и быстрая реабилитация пациента. В этой области наиболее широко применяется классическая операция Миллигана–Моргана в «закрытом» и «открытом» вариантах и малоинвазивные вмешательства [4]. Инновационные хирургические методы направлены на снижение кровотока в геморроидальных узлах и уменьшение их объема. При этом лечение подбирается индивидуально, исходя из ведущих симптомов заболевания. При использовании малоинвазивных методик у пациентов с III–IV стадиями хронического геморроя могут возникнуть рецидивы и осложнения [3, 14]. Так, для операции Лонго, практикуемой с 1993 г., по данным литературы, характерен высокий процент рецидивов и достаточно серьезные осложнения (ректовагинальные свищи, перфорации прямой кишки, тазовые абсцессы) [12]. При операции HAL-RAR рецидивы и осложнения часто развиваются в течение ближайших 24 месяцев [3]. В последнее время появились сообщения об эндоваскулярной деартеризации внутренних геморроидальных узлов с низким уровнем болевого синдрома и высоким радикализмом. Однако данное пособие требует наличия квалифицированных специалистов и дорогостоящего оборудования и поэтому пока малодоступно для широкой практики [4].

На собственном материале при хроническом геморрое III–IV стадий лучшие результаты по всем основным показателям получены в ОГ. Интенсивность болевого синдрома у этих больных оказалась существенно ниже, что позволило полностью отказаться от введения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде. Предложенная методика оперативного лечения дала возможность исключить ранние послеоперационные кровотечения из культи геморроидальных узлов, уменьшить локальную воспалительную реакцию и, соответственно, болевой синдром.

Выводы

1. Хронический геморрой – распространенное, социально значимое заболевание, требующее постоянного совершенствования методов лечения.
2. Интраоперационное двухэтапное применение бетаметазона обуславливает выраженный противовоспалительный эффект, уменьшает локальный отек тканей и выраженность сосудистого спазма, что снижает интенсивность послеоперационного болевого синдрома.
3. Предложенная техника оперативного лечения хронического геморроя III–IV стадий достаточно эффективна для профилактики ближайших послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания и может быть внедрена в любом стационаре хирургического профиля.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: авторы заявляют о финансировании проведенного исследования из собственных средств.

Литература / References

1. Воробьев Г.И., Щельгин Ю.А., Благодарный Л.А. *Геморрой*. М.: Литтера, 2010. 200 с. [Vorobiev GI, Shelygin YuA, Grateful LA. *Hemorrhoids*. Moscow: Littera; 2010. 200 p. (In Russ).]
2. Краснобаев А.Е., Ищенко В.Н., Григорюк А.А., Матвеев А.В. Вариант гемостатического шва при операции Миллигана–Моргана. *Вестник хирургии*. 2015;174(6):60–2. [Krasnobaev AE, Ishchenko VN, Grigoryuk AA, Matveev AV. A variant of the haemostatic suture in the operation of Milligan–Morgan. *Herald of surgery*. 2015;174(6):60–2 (In Russ).]
3. Загрядский Е.А. Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация с мукопексией в малоинвазивном лечении геморроидальной болезни. *Колопроктология*. 2016;4:26–31. [Zagryadsky EA. Transanal Doppler controlled departuredate with mucopexy in minimally invasive treatment of hemorrhoidal disease. *Coloproctology*. 2016;4:26–31 (In Russ).]
4. Захарченко А.А., Галкин Е.В., Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Полевец К.О. Эндоваскулярная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов: обоснование, эффективность и безопасность, сравнительные результаты. *Колопроктология*. 2014;1:9–18. [Zakharchenko AA, Galkin EV, Vinnik YuS, Kuznetsov MN, Polevic KO. Endovascular departuredate internal hemorrhoids: the rationale, efficacy and safety, comparing the results. *Coloproctology*. 2014;1:9–18 (In Russ).]
5. Мидленко В.И., Нгуен Д.Т., Евтушенко Е.Г., Карташев А.А. Дифференцированный подход к хирургическому лечению хронического геморроя II–III степени в зависимости от стадии патологического процесса. *Фундаментальные исследования*. 2012;12:309–13. [Midlenko VI, Nguyen DT, Yevtushenko EG, Kartashev AA. Differentiated approach to surgical treatment of chronic hemorrhoids of II–III degree depending on the stage of pathological process. *Fundamental researches*. 2012;12:309–13 (In Russ).]
6. Сажин В.П., Госткин П.А., Сяткин А.А. Сравнительные аспекты хирургического лечения геморроя. *Хирургия*. 2003;1:36–8. [Sazhin VP, Gostkin PA, Syatkin AA. Comparative aspects of surgical treatment of hemorrhoid. *Surgery*. 2003;1:36–8 (In Russ).]
7. Ho YH, Buettner PG. Open compared with closed haemorrhoidectomy meta-analysis of randomized controlled trials. *Coloproctol*. 2007;11:135–43.
8. Ан В.К., Полукаров В.А., Левина Е.А. О профузных геморроидальных кровотечениях. *Проблемы колопроктологии*. 2002;18:34–6 [An VK, Polukarov VA, Levina EA. On profuse hemorrhoidal bleeding. *Problems of Coloproctology*. 2002;18:34–6 (In Russ).]
9. Краснобаев А.Е., Ищенко В.Н., Григорюк А.А., Матвеев А.В. Способ обработки геморроидальной ножки при оперативном лечении осложненного внутреннего геморроя. Патент России № 2614362. 2015. Бюл. № 9. [Krasnobaev AE, Ishchenko VN, Grigoryuk AA, Matveev AV. *Method of treatment of hemorrhoidal legs in the surgical treatment of complicated internal hemorrhoids*. Patent of Russia RU No. 2614362. 2015. Bull. No. 9. (In Russ).]
10. Пономорев А.Ф., Ищенко В.Н., Денисенко Л.С., Гаврина С.Е., Пахолок Ю.П. Анализ результатов хирургического лечения рака прямой и ободочной кишки. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2005;4:44–6. [Ponomarev AF, Ishchenko VN, Denisenko LS, Gavrina SE, Pakholyuk Yu P. Analysis of the results of surgical treatment of cancer of the rectum and colon. *Pacific Medical Journal*. 2005;4:44–6 (In Russ).]
11. Радченко В.А. Лечебные блокады с использованием кортикостероидов при дистрофически-деструктивных заболеваниях поясничного отдела позвоночника. *Ортопедия, травматология и протезирование*. 2000;3:116–20. [Radchenko VA. Therapeutic blockade using corticosteroids in dystrophic and destructive diseases of the lumbar spine. *Orthopedics, Traumatology and Prosthetics*. 2000;3:116–20 (In Russ).]
12. Хамаганова И.В. Дипроспан в дерматологической практике. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2001;3:75–6. [Khamaganova IV. Diprosan in dermatological practice. *Bulletin of Dermatology and Venereology*. 2001;3:75–6 (In Russ).]
13. Краснобаев А.Е., Григорюк А.А., Ищенко В.Н., Матвеев А.В. Способ снижения болевого синдрома после геморроидэктомии за счет профилактики местной послеоперационной воспалительной реакции. Патент России № 2687484. 2019. Бюл. № 14. [Krasnobaev AE, Grigoryuk AA, Ishchenko VN, Matveev AV. *Method for reducing pain after hemorrhoidectomy by preventing local postoperative inflammatory reaction*. Patent of Russia RU No. 2687484. 2019. Bull. No. 14. (In Russ).]
14. Shao WJ, Li GG, Zhang ZH, Yang BL, Sun GD, Chen YQ. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing stapled haemorrhoidectomy with conventional hemorrhoidectomy. *Br J Surg*. 2008;95:147–60.