

© Коллектив авторов, 2019
УДК 616.351-007.44
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14043>
ISSN – 2073-8137

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КОМБИНИРОВАННЫМ ГЕМОРРОЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В. М. Сотников, С. Е. Каторкин, П. С. Андреев

Самарский государственный медицинский университет, Россия

TREATMENT OF PATIENTS WITH COMBINED HAEMORRHOIDS BY MINIMALLY INVASIVE METHODS IN OUTPATIENT CONDITIONS

Sotnikov V. M., Katorkin S. E., Andreev P. S.

Samara State Medical University, Russia

У 103 пациентов выполнялось латексное лигирование внутренних геморроидальных узлов. Пациенты (n=103) были разделены на основную (n=51) и контрольную (n=52) группы. В основной группе лечение дополнялось послеоперационной обработкой перианальной области мазью Гепатромбин Г® и иссечением наружных геморроидальных узлов. В процессе лечения проводилось измерение скорости кровотока в наружных геморроидальных узлах методом сонографии перед 1 и 2 лигированием (1 и 10 суток) и через 30 суток после окончания лечения. У пациентов обеих групп на 10 сутки после первого латексного лигирования было отмечено снижение максимальной и минимальной скоростей кровотока на $35,7 \pm 16,7$ и $30,5 \pm 13,6$ % соответственно. У 2 (4,1 %) пациентов контрольной группы после первого лигирования развилось обострение наружного геморроя. На протяжении года после проведенного лечения 6 (11,6 %) пациентов контрольной группы обратились с обострениями геморроя. Через 1 год у 9 (17,4 %) пациентов контрольной группы и у 4 (7,9 %) пациентов основной группы были выявлены пролапсы внутренних геморроидальных узлов. Таким образом, при дополнении латексного лигирования послеоперационной обработкой наружных геморроидальных узлов мазью Гепатромбин Г® и их последующим иссечением отмечено снижение количества послеоперационных обострений и улучшение отдаленных результатов лечения.

Ключевые слова: хронический комбинированный геморрой, лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами, малоинвазивные технологии, послеоперационные осложнения

Among 103 patients, latex ligation of internal haemorrhoids was performed. Patients (n=103) were divided into the main (n=51) and control (n=52) groups. In the main group, treatment was supplemented with postoperative treatment of the perianal area with Hepatrombin H® ointment and excision of external haemorrhoids. In the course of treatment, blood flow velocity was measured in external haemorrhoids using sonography before ligation 1 and 2 (1 and 10) 30 days after the end of treatment. In patients of both groups, on day 10 after the first latex ligation, there was a decrease in the maximum and minimum blood flow rates by 35.7 ± 16.7 % and by 30.5 ± 13.6 %, respectively. In 2 patients (4.1 %) in the control group, after the first ligation, exacerbation of external haemorrhoids developed. During a year after the treatment, 6 patients (11.6 %) in the control group were treated for exacerbations of haemorrhoids. After 1 year, in 9 patients (17.4 %) in the control group and in 4 patients (7.9 %) in the main group, prolapses of internal haemorrhoids were detected. Thus, with the addition of latex ligation with postoperative treatment of external haemorrhoids with Hepatrombin H® ointment and their subsequent excision, a decrease in the number of postoperative exacerbations and improvement of long-term treatment results was observed.

Keywords: combined haemorrhoids, ligation of internal haemorrhoids with latex rings, minimally invasive technologies, postoperative complications

Для цитирования: Сотников В. М., Каторкин С. Е., Андреев П. С. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КОМБИНИРОВАННЫМ ГЕМОРРОЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2019;14(1.1):33-36. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14043>

For citation: Sotnikov V. M., Katorkin S. E., Andreev P. S. TREATMENT OF PATIENTS WITH COMBINED HAEMORRHOIDS BY MINIMALLY INVASIVE METHODS IN OUTPATIENT CONDITIONS. *Medical News of North Caucasus*. 2019;14(1.1):33-36. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14043> (In Russ.)

ГНЦ – государственный научный центр

МЗ – министерство здравоохранения

Геморрой является широко распространенным заболеванием человека. При этом заболеваемость им среди работающего населения составляет 11–15 % [1, 2].

Современная концепция патогенеза геморроя базируется на двух взаимосвязанных факторах – гемодинамическом и мышечно-дистрофическом [1, 2].

Лечение геморроя в последние десятилетия развивается в сторону снижения операционной травмы. Одним из методов такого лечения является латексное лигирование внутренних геморроидальных узлов [2, 3]. Применение этого метода целесообразно на II и III стадиях геморроя, когда отсутствует выраженная дистрофия фиброзно-мышечного каркаса дистального отдела прямой кишки. Данный метод имеет невысокий процент осложнений, среди которых наиболее частыми (до 5 %) являются острые послеоперационные тромбозы наружных геморроидальных узлов [3, 4]. При лечении пациентов этим методом возврат симптомов геморроя через 12 месяцев наблюдается у 10–25 % пациентов [5–7].

В современной хирургии все больше в практику внедряется использование источников «высокой энергии». Одним из представителей этой хирургической аппаратуры является радиоволновой хирургический метод [8, 9].

С нашей точки зрения, метод лигирования внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами нуждается в совершенствовании с целью снижения количества послеоперационных обострений и улучшения отдаленных результатов лечения.

Целью исследования являлось улучшение результатов лечения пациентов с диагностированным комбинированным геморроем путем последовательного выполнения лигирования внутренних геморроидальных узлов с профилактикой острых послеоперационных тромбозов наружных геморроидальных узлов и их последующего иссечения.

Материал и методы. В период с 2016 по 2017 г. на базе Клиник ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России нами было проведено сравнительное исследование. В нем приняли участие 103 пациента с хроническим комбинированным геморроем. Каждый пациент дал письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании, проводившемся в соответствии с действующим законодательством РФ, протоколами и этическими принципами Всемирной медицинской ассоциации.

Включение пациентов в исследование проводилось по следующим критериям: возраст старше 18 лет; отсутствие в период исследования подтвержденной беременности; внутренней геморрой II или III стадий; наружный геморрой без признаков обострения; наличие добровольного информированного согласия пациента на участие в исследовании в письменной форме; показатели общеклинического лабораторного исследования крови в пределах нормы.

Исключение пациентов из исследования проводилось по следующим критериям: отказ пациента от лечения в ходе исследования; низкая комплаентность; диагностированная соматическая патология в острой фазе или в стадии декомпенсации; подтвержденная беременность в ходе исследования; диагностированный сахарный диабет.

На время лечения и в течение месяца после его окончания всем пациентам был рекомендован лечебно-охранительный режим в виде диетического питания с увеличением потребления пищевых волокон и снижения уровня физических нагрузок.

Пациентам, включенным в исследование (n=103), была назначена сопутствующая консервативная терапия: системное лечение (производные диосмина в суточной дозировке 1000 мг в течение 30 дней) и местная терапия (ректальные суппозитории с Трибенозидом по 1 суппозиторию в сутки в течение 20 дней, кроме дней, в которые проводилось лигирование внутренних геморроидальных узлов).

Всем пациентам, принявшим участие в исследовании, было выполнено удаление внутренних геморроидальных узлов с использованием вакуумного лигатора Karl Storz (Германия) и усиленных латексных колец Karl Storz (Германия). Лигирование было разделено на 2 процедуры, промежуток между которыми составил 10 суток. В 1-ю процедуру осуществлялось лигирование 2 геморроидальных узлов, во 2-ю – лигирование оставшегося узла.

Во время лечения в наружных геморроидальных узлах проводилось измерение скорости кровотока методом сонографии на аппарате Samsung Medison SonoAce R7 (Южная Корея) в 1 день (до лигирования), на 10 сутки (перед второй процедурой) и через 30 дней после окончания лечения.

Интенсивность послеоперационного болевого синдрома оценивалась при помощи 5-балльной вербальной шкалы оценки боли [10].

С использованием метода случайной выборки пациенты, включенные в исследование, были разделены на 2 статистически сопоставимые группы. В основную группу (I) вошли пациенты с четными номерами историй болезни, а в контрольную (II) с нечетными.

В основную группу вошли 51 пациент (45 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 34 до 66 (55,1±6,3) лет. Анамнез заболевания у этих пациентов составлял 10±9,5 лет. В контрольной группе состояло 52 пациента (45 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 33 до 65 (55,1±6,3) лет, анамнез длительности заболевания у них составил 10±8,2 лет. При проведении статистической обработки полученных данных значимых различий между группами по возрасту (t=0,8; p=0,4), нозологии ($\chi^2=0,102$; p=0,39) и полу ($\chi^2=0,636$; p=0,43) выявлено не было.

Пациентам, вошедшим в основную группу (n=51), лигирование внутренних геморроидальных узлов дополнялось наружным применением комбинированной мази Гепатромбин Г® на перианальную область 1 раз в сутки в течение 5 дней после каждого лигирования. Также этим пациентам после лигирования было проведено иссечение увеличенных наружных геморроидальных узлов. Оно проводилось при помощи универсального ЭХВЧ аппарата ЭХВЧ-200–01 «Эфа» (Россия). Процедуры иссечения геморроидальных узлов были проведены в 1 этап 38 (74,6 %) пациентам и 13 (25,4 %) пациентам в 2 этапа. Промежуток между иссечениями составил 12–15 дней.

При возникновении острых послеоперационных тромбозов наружных геморроидальных узлов всем пациентам (n=103) лечение проводилось по предложенной нами методике консервативного лечения острого геморроя с использованием препарата Сулодексид [11].

Первичный исход заболевания определялся на основании оценки жалоб, контрольного осмотра с аноскопией, оценки заживления послеоперационных ран и эпителизации площадок в местах отторжения внутренних геморроидальных узлов через 1 месяц после окончания лечения.

Вторичный исход заболевания состоял из оценки жалоб, контрольного осмотра и аноскопии через 1 год после окончания лечения.

Оценка эффективности лечения проводилась на основании следующих критериев:

- динамика клинических симптомов геморроя по классификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ [1];
- данные аноскопии;
- наличие послеоперационных осложнений;
- оценка болевого синдрома с использованием 5-балльной вербальной шкалы оценки боли [10];
- динамика скорости кровотока в наружных геморроидальных узлах по данным сонографии;

Таблица

Изменения скорости кровотока (V) в наружных геморроидальных узлах во время лечения у пациентов (n=103) в контрольной и основной группах, см/с

Время проведения	Контрольная группа		Основная группа	
	V max	V min	V max	V min
Перед первым латексным лигированием	15,4±1,0	4,9±0,4	15,5±0,9	4,8±0,3
На 10 сутки	9,7±1,6	4,0±0,8	10,4±2,3	3,9±0,5
Через 30 суток после окончания лечения	13,2±2,1	4,7±0,3	Не выявлено	Не выявлено

– частота рецидивов клиники геморроя при контрольном осмотре через 1 год.

После статистической обработки полученных данных они представлены в виде средних со стандартным отклонением абсолютных и относительных величин. Статистическую значимость различий количественных данных оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Критические значения уровня статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимали равными $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина у всех исследуемых пациентов (n=103) характеризовалась выраженной клиникой внутреннего геморроя II или III стадии с периодическими обострениями наружного геморроя. При 1-й сонографии кровотока в наружных геморроидальных узлах у пациентов основной и контрольной групп была выявлена скорость 15,4±1,0 и 15,5±0,9 см/с соответственно. При статистической обработке этих данных значимого различия в скоростях кровотока у пациентов основной и контрольной групп выявлено не было ($\chi^2=0,008$; $p=0,5$).

В течение 1 суток после лигирования внутренних геморроидальных узлов 63 (61,2 %) пациента предъявляли жалобы на тенезмы и слабовыраженный болевой синдром в области прямой кишки интенсивностью в 1–2 балла.

В течение трех суток после первого лигирования у 2 (4,1 %) пациентов контрольной группы были диагностированы острые тромбозы наружных геморроидальных узлов. В связи, этим было принято решение отложить проведение второго этапа лигирования до купирования симптомов обострения.

У пациентов основной группы (n=51) послеоперационных осложнений не определяли.

При исследовании скорости кровотока в наружных геморроидальных узлах перед проведением 2-го лигирования у пациентов обеих групп (n=103) было выявлено снижение линейной скорости кровотока: максимальной на 7,8±3,8 см/с (35,8±16,8 %) и минимальной на 2,3±0,9 см/с (30,5±13,6 %).

Сонография кровотока в наружных геморроидальных узлах через 30 суток после окончания лечения у пациентов контрольной группы показала его восстановление до изначальной величины, а у пациентов основной группы в связи с иссечением наружных геморроидальных узлов кровотоков в перианальной области не выявлялся.

Динамика показателей скорости кровотока в области наружных геморроидальных узлов во время и после удаления геморроидальных узлов представлена в таблице. По нашему мнению, изменения свидетельствуют о перераспределении крови и ее застое в кавернозных полостях увеличенных наружных геморроидальных узлов после проведения лигирования внутренних. Это и было выявлено нами при проведении сонографии перед 2-м лигированием, где максимальная скорость кровотока снизилась на 34,8 % и минимальная – на 31,5 %. Вследствие такого снижения кровотока может происходить коагуляция крови в геморроидальных узлах и развитие клиники острого геморроя. Это мы и наблюдали у 2 (4,1 %) пациентов контрольной группы.

С учетом наблюдаемых послеоперационных осложнений лигирования внутренних геморроидальных узлов в виде острых тромбозов наружных геморроидальных узлов (4,1 %) нами был сделан вывод о необходимости включения в схему лечения мази Гепатромбин Г®. Ее применение привело к отсутствию обострений наружного геморроя у пациентов основной группы во время лечения.

На протяжении года после проведенного лечения 6 (11,6 %) пациентов контрольной группы повторно обратились в клинику с острыми тромбозами наружных геморроидальных узлов. Этим пациентам лечение было проведено по предложенной нами методике консервативного лечения острого геморроя с использованием препарата Сулодексид [12].

Контрольный осмотр через 1 год после лечения позволил выявить у 9 (17,4 %) пациентов контрольной и у 4 (7,9 %) пациентов основной группы жалобы на возобновление выпадения внутренних геморроидальных узлов. При проведении аноскопии у этих пациентов были выявлены пролапсы внутренних геморроидальных узлов.

При сравнении наших результатов с литературными данными количество осложнений после латексного лигирования и отдаленные результаты согласуются с ними [4, 7]. Так, по данным V. S. Luer с соавторами [7], при проведении латексного лигирования острые тромбозы наружных геморроидальных узлов и другие осложнения наблюдаются с частотой до 5 % случаев. В контрольной группе нами получено сопоставимое количество осложнений. Использование нашего подхода обеспечивало отсутствие обострений и осложнений. Кроме этого, вышеупомянутыми авторами приводятся данные, что при аноскопии через 1 год у 17,9 % пациентов выявлялся пролапс внутренних геморроидальных узлов. A. Albuquerque указывает, что через 1 год наличие симптомов геморроя отмечают до 25 % пациентов, прошедших лечение методом лигирования [4]. Нами также были получены сопоставимые данные, при этом выпадение геморроидальных узлов было диагностировано у 17,4 % пациентов контрольной группы. В основной группе, где лечение было проведено по разработанной нами методике, частота возобновления выпадения геморроидальных узлов составляла 7,9 %.

По нашему мнению, улучшение отдаленных результатов лечения связано с удалением наружных геморроидальных узлов, как следствие коррекции дисфункции геморроидальных вен, что является основным патогенетическим звеном развития геморроя.

Представленные нами данные показывают, что малоинвазивное лечение комбинированного геморроя методом лигирования узлов должно включать антикоагулянтный и противовоспалительный компоненты, а также хирургическую коррекцию наружного геморроидального сплетения. Это приводит к снижению частоты послеоперационных осложнений и улучшению отдаленных результатов лечения.

Заключение. Таким образом, предложенный способ лечения комбинированного геморроя с использованием комбинации латексного лигирования внутренних геморроидальных узлов с местной послеоперационной терапией комбинированной мазью Ге-

патромбин Г® и последующим удалением наружных геморроидальных узлов позволяет значительно снизить количество послеоперационных осложнений, а также улучшить отдаленные результаты лечения.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература/References

1. Шельгин Ю. А. Клинические рекомендации. Колопроктология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. [Shelygin Ju. A. Klinicheskie rekomendacii. Koloproktologija. Moscow: GEOTAR-Media, 2015. (In Russ.)].
2. Грошили В. С., Мирзоев Л. А., Швецов В. К., Чернышова Е. В. Эффективность малоинвазивных методов в лечении хронического геморроя II–III стадий. *Ульяновский медико-биологический журнал*. 2017;(2):95–103. [Groshilin V. S., Mirzoev L. A., Shvetsov V. K., Chernyshova E. V. Efficacy of minimally invasive procedures in hemorrhoids treatment (grade II–III). *Ulyanovsk mediko-biologicheskii zhurnal*. – *Ulyanovsk Medico-biological Journal*. 2017;(2):95–103. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.23648/UMBJ.2017.26.6223>
3. Cocorullo G., Tutino R., Falco N., Licari L., Orlando G. [et al.]. The non-surgical management for hemorrhoidal disease. A systematic review. *G. Chir.* 2017;38(1):5–14. <https://doi.org/10.11138/gchir/2017.38.1.005>
4. Albuquerque A. Rubber band ligation of hemorrhoids: A guide for complications. *World J. Gastrointest Surg.* 2016;27(8):614–620. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v8.i9.614>
5. Forlini A., Manzelli A., Quaresima S., Forlini M. Long-term result after rubber band ligation for haemorrhoids. *Int. J. Colorectal. Dis.* 2009;24(9):1007–1010. <https://doi.org/10.1007/s00384-009-0698-y>
6. Селиванов А. В., Бутырский А. Г., Леоненко С. Н., Тагаева А. С. Отдаленные результаты после различных методов оперативного лечения хронического комбинированного геморроя. *Крымский журнал экспери-*
7. Lyer V. S., Shrier I., Gordon P. H. Long-term outcome of rubber band ligation for symptomatic primary and recurrent internal hemorrhoids. *Diseases of the Colon and Rectum.* 2004;47(8):1364–1370.
8. Чхиквадзе Т. Ф., Арчвадзе В. Ш., Гиоргадзе К. И. Экспериментальное обоснование использования радиоскальпеля «Сургитрон» в хирургии желудочно-кишечного тракта. *Аллергология и иммунология*. 2010;11(2):192–195. [Chvikvadze T., Giorgadze K., Archvadze V. The use of a radioscalpel in abdominal surgery. *Allergologiya i immunologiya*. – *Allergology and Immunology*. 2010;11(2):192–195. (In Russ.)].
9. Filingeri V., Buonomo O., Sforza D. Use of Flavonoids for the treatment of symptoms after hemorrhoidectomy with radiofrequency scalpel. *Minerva Chir.* 2014;18(5):612–616.
10. Frank A. J., Moll J. M., Hort J. F. A comparison of three ways of measuring pain. *Rheumatol Rehabil.* 1982;21(4):211–217.
11. Каторкин С. Е., Исаев В. П., Андреев П. С., Сотников В. М. Способ консервативного лечения острого геморроя. Патент на изобретение 2630615. 2017. [Katorkin S., Isaev V., Andreev P., Sotnikov V. Sposob konservativnogo lechenija ostrogo gemorroja. The way of conservative treating of acute hemorrhoid. Patent for invention 2630615. 2017.]

Сведения об авторах:

Сотников Василий Михайлович, врач-колопроктолог, тел.: 89272601739; e-mail: proctolog63@gmail.com; ORCID: 0000-0001-5761-3076

Каторкин Сергей Евгеньевич, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой и клиникой госпитальной хирургии; тел.: 89272067102; e-mail: katorkinse@mail.ru; ORCID: 0000-0001-7473-6692

Андреев Павел Сергеевич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии; тел.: 89272044223; e-mail: pashaandreev@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-7473-6692

© Л. В. Ткаченко, Н. И. Свиридова, 2019
УДК 618.14-002.2+618.145
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14044>
ISSN – 2073-8137

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ УРОВНЯ РЕГУЛЯТОРНЫХ АУТОАНТИТЕЛ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Л. В. Ткаченко, Н. И. Свиридова

Волгоградский государственный медицинский университет, Россия

CLINICAL DIAGNOSTIC VALUE OF ASSESSING THE LEVEL OF REGULATORY AUTOANTIBODIES IN PATIENTS WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN COMBINATION WITH CHRONIC ENDOMETRITIS

Tkachenko L. V., Sviridova N. I.

Volgograd State Medical University, Russia

Проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 60 пациенток 45–55 лет с простой (ПГЭ, n=30) и комплексной (КГЭ, n=30) гиперплазией эндометрия без атипии в сочетании с хроническим эндометритом. Состояние аутоиммунитета у обследуемых пациенток характеризовалось дисбалансом показателей (снижение профилей ауто-