

© Коллектив авторов, 2015  
УДК 616.147.17-007.64-089.814

А. Е. Краснобаев, В. Н. Ищенко, А. А. Григорюк, А. В. Матвеев

## ВАРИАНТ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ШВА ПРИ ОПЕРАЦИИ МИЛЛИГАНА—МОРГАНА

Кафедра оперативной и клинической хирургии (зав. — проф. В. Н. Ищенко), ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Владивосток

**Ключевые слова:** геморрой, профилактика ранних осложнений, операция Миллигана—Моргана

**Введение.** Хронический геморрой является распространенным заболеванием в развитых странах. Этой патологией страдают до 15% взрослого трудоспособного населения, что ставит лечение геморроя в ряд важных медицинских, социальных и экономических проблем [1, 8].

Как правило, оперативное лечение показано при III–IV стадиях заболевания, с необратимыми гипертрофическими изменениями дистального отдела прямой кишки и анального канала, а также при наличии осложнений геморроя вне зависимости от стадии [2, 4, 6, 7].

Послеоперационные осложнения геморроидэктомии, по данным ряда авторов, продолжают оставаться высокими, достигая 32% [6]. К ранним осложнениям относят кровотечения, которые отмечаются у 3–8,6% больных, перенесших геморроидэктомию и требующих неотложной помощи в ближайшем послеоперационном периоде [5], а также выраженный и длительный болевой синдром в области выполненной операции [3], периодически приводящий к дизурическим расстройствам, достигающим 30% [5]. Это приводит к увеличению сроков послеоперационной реабилитации пациентов [9]. В связи с этим актуальными остаются вопросы выбора оперативного лечения и медикаментозного сопровождения хронического геморроя с целью уменьшения вероятности возникновения как ранних, так и поздних осложнений.

Цель исследования — улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническим

геморроем путем усовершенствования методики геморроидэктомии по Миллигану—Моргану.

**Материал и методы.** В основе работы — анализ результатов оперативного лечения 461 больного с хроническим геморроем III–IV стадии с 2005 по 2015 г. Все больные были разделены на две группы. Группу сравнения составили 207 пациентов, оперированных на базе общего хирургического отделения ГУЗ «Госпиталь ветеранов войн» г. Владивостока с 2005 по 2012 г. способом Миллигана—Моргана возрасте от 28 до 72 лет. Из них было 132 мужчины (64%) и 73 женщины (36%). Основную группу составила 254 пациента, оперированных в частных медицинских центрах «Инномед» и «Здоровье» г. Владивостока в период с 2012 по 2015 г. Из них мужчин было 149 (58,9%) и женщин 105 (41,1%) в возрасте от 23 до 68 лет.

У пациентов обеих групп среди факторов риска развития хронической формы геморроя наиболее часто встречались длительные динамические или статические нагрузки, беременность и роды, вредные привычки. Основные жалобы больных: часто повторяющиеся кровотечения, острые геморроидальные тромбозы, выпадения слизистой оболочки, сопровождающиеся стойким анальным зудом. При визуальном осмотре и ректороманоскопии фиксировали локальные проявления в виде гипертрофии ткани геморроидальных узлов и мацерации перианальной области различной степени.

В группе сравнения операции производили по методике Миллигана—Моргана при хроническом геморрое III–IV стадии. Для обезболивания использовали спинномозговую анестезию, при показаниях — общую анестезию. Шовный материал — кетгут на атравматической колющей игле. Техника операции — стандартная с прошиванием и перевязкой сосудистой ножки геморроидального узла с двух сторон и последующим восстановлением слизистой оболочки анального канала. В послеоперационном периоде проводили симптоматическую терапию и перевязки.

В основную группу вошли пациенты с хроническим геморроем III–IV стадий, которым выполняли оперативное вмешательство по модифицированной методике Миллигана—Моргана с применением прошивной удерживающей лигатуры в виде восьмиобразного шва, наложенного между основной гемостатической лигатурой и зажимом Люэра.

### Сведения об авторах:

Краснобаев Андрей Евгеньевич (e-mail: krasnobaeв\_ae@mail.ru), Ищенко Виталий Николаевич (e-mail: vlkparkway@yandex.ru), Григорюк Александр Анатольевич (e-mail: aa\_grig@mail.ru), Матвеев Александр Васильевич, кафедра оперативной и клинической хирургии, Тихоокеанский государственный медицинский университет МЗ РФ, 690002, г. Владивосток, пр. Острякова, 2

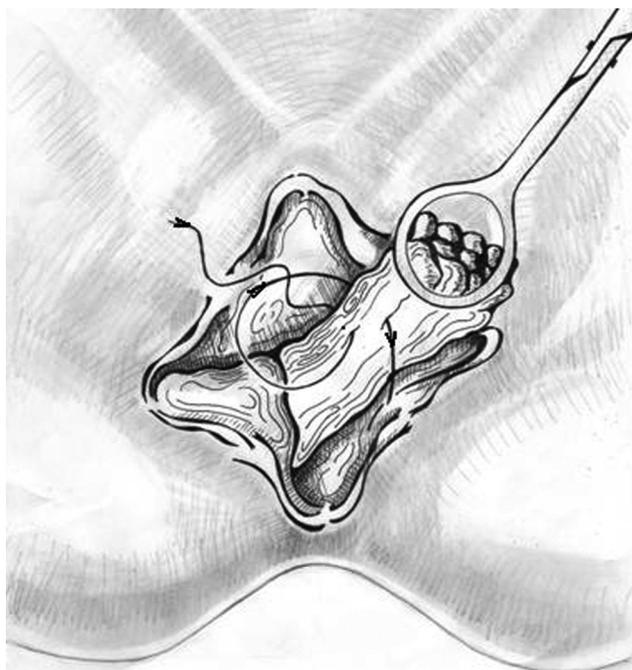


Рис. 1. Наложение удерживающей лигатуры

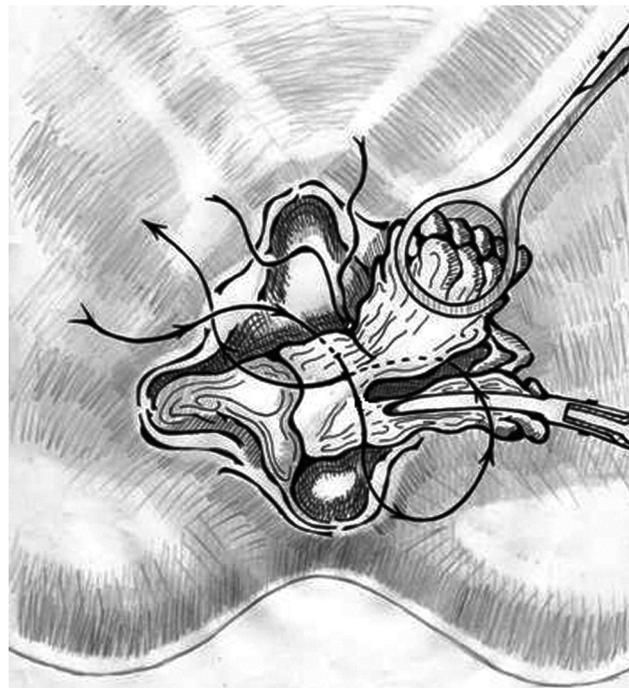


Рис. 2. Наложение основного 8-образного гемостатического шва

Выбор оперативного пособия осуществляли на основе стандартной диагностики, включающей в себя жалобы и анамнез, визуальный осмотр, ректальное исследование, ректороманоскопию (аноскопию) и фиброколоноскопию по показаниям. Обе группы сопоставимы по диагнозу, возрасту и наличию осложнений.

Техника оперативного пособия следующая. Геморроидэктомию начинали с прошивной удерживающей 8-образной кетгутовой лигатуры, наложенной в проксимальном направлении от зажима Люэра (рис. 1).

Вторым этапом под зажимом Люэра накладывали зажим Бильрота на  $1/2$  ножки геморроидального узла. Над зажимом подсекали узел на указанное расстояние и выполняли основной 8-образный гемостатический шов, так как основной и единственный (в отличие от стандартного) фиксируемый узел оказывался проксимальнее удерживающего шва и «цепляясь» за него, не соскальзывал (рис. 2).

Восстановление слизистой оболочки анального канала начинали с первым вколом иглы под основной лигатурой и вторым вколом непосредственно рядом с ней (рис. 3). Таким образом, узел данного шва оказывался над гемостатической основной лигатурой и дополнительно ее удерживал. После наложения последнего шва отсекали избыток ткани узла. Слизистую оболочку восстанавливали узловыми швами. Для уменьшения локальной воспалительной реакции в послеоперационной области и соответственно уменьшения болевого синдрома пациентам основной группы по завершению операции вводили дипроспан на лидокаине в объеме 0,5 мл внутрисфинкторно по точкам, соответствующим кожным швам. Операцию заканчивали установкой уретрального катетера (на 12 ч), внутриректальной газоотводной трубки и мазевая тампона (с левосином) на 3 сут, что препятствует возникновению послеоперационного отека, рефлекторной атонии мочевого пузыря и способствует снижению болевого синдрома.

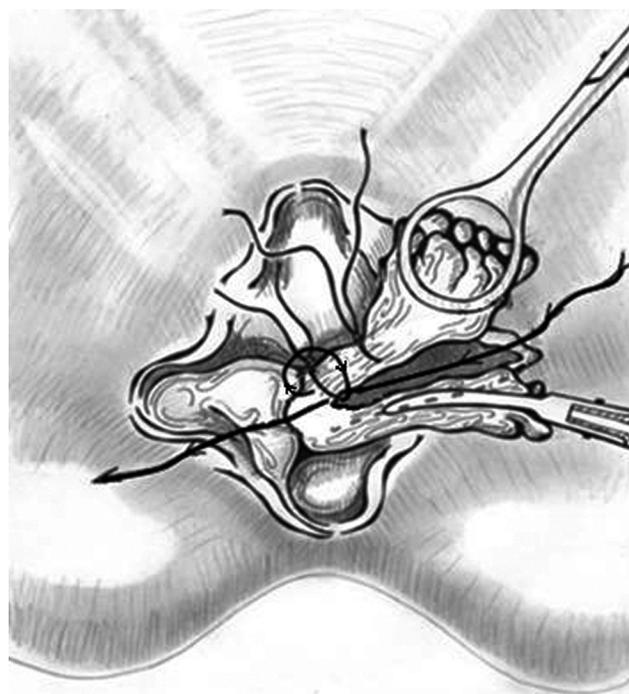


Рис. 3. Наложение дополнительного фиксирующего шва

Ближайшие результаты оценивали во время нахождения больных в стационаре, отдаленные — в сроки не менее 1 года после операции.

Результаты исследования обрабатывали методами вариационной статистики, используя программу Stat Plus 2009.

**Результаты и обсуждение.** В группе сравнения средняя продолжительность нахождения

## Структура ранних послеоперационных осложнений

Исследуемая группа пациентов	Болевой синдром		Задержка мочи		Кровотечения из культи	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Сравнения (n=207)	207*	100	38*	18,4	9*	4,3
Основная (n=254)	19	7,5	3	1,2	0	0

\* Достоверность между основной группой и группой сравнения ( $p < 0,05$ ).

ния в стационаре была ( $11 \pm 0,82$ ) дня и зависела от послеоперационного течения. Среди осложнений встречались: кровотечения из культи — у 9 (4,3%) больных, устойчивый болевой синдром различной степени выраженности от 1 сут до 5 дней — у 207 (100%), задержка мочеиспускания от 1 до 3 сут после операции — у 38 (18,4%) (таблица). Источником кровотечения являлось соскальзывание лигатуры с проксимального отдела культи обработанного геморроидального узла, что потребовало экстренного повторного оперативного вмешательства. Исходя из этого, в основной группе больных при выполнении геморроидэктомии была предложена описанная выше модифицированная методика Миллигана—Моргана.

В основной группе выявили следующие осложнения: устойчивый болевой синдром — у 19 (7,5%), острая задержка мочи до 2 сут — у 3 (1,2%), кровотечений отмечено не было (см. таблицу).

Таким образом, сравнительный анализ выбора техники оперативного лечения осложненного геморроя и результатов лечения оказался лучшим в основной группе по всем основным показателям. Данная методика позволила полностью исключить послеоперационные ранние кровотечения из культей геморроидальных узлов и внедрить данную технику оперирования в «стационаре одного дня».

**Выводы.** 1. При использовании удерживающего шва достоверно уменьшается риск послеоперационных кровотечений при геморроидэктомии по Миллигану—Моргану.

2. Использование послеоперационной внутрисфинкторной блокады в сочетании дипроспан и лидокаин в объеме 0,5 мл позволяет снизить болевой синдром (за счет противовоспалительных и противоотечных свойств дипроспана).

3. Примененная техника позволила производить геморроидэктомию на базе частных медицинских центров с длительностью госпитализации 24–36 ч.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ан В. К., Полукаров В. А., Левина Е. А. О профузных геморроидальных кровотечениях // Пробл. колопроктол. 2002. № 18. С. 34–36.
2. Благодарный Л. А. Клинико-патогенетическое обоснование выбора способа лечения геморроя: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2000. 36 с.
3. Воробьев Г. И., Щельгин Ю. А., Благодарный Л. А. Геморрой. М.: ООО «Митра-Пресс», 2002. 192 с.
4. Ищенко В. Н., Григорюк А. А., Матвеев А. В. и др. Новые технологии в колоректальной хирургии. Владивосток: Дальнаука, 2014. 200 с.
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 // Фундам. исследования. 2012. № 12. С. 309–313.
6. Сажин В. П., Госткин П. А., Сяткин А. А. Сравнительные аспекты хирургического лечения геморроя // Хирургия. 2003. № 1. С. 36–38.
7. Arroyo A., Perez F., Miranda E. et al. Open versus closed day-case haemorrhoidectomy: is there any difference? Results of a prospective randomised study Text // Int. J. Colorectal. Dis. 2004. Vol. 19. P. 370–373.
8. Gencosmanoglu R., Sad O., Koc D., Inceoglu R. Hemorrhoidectomy: open or closed technique? A prospective, randomised clinical trial // Dis. Colon Rectum. 2002. Vol. 45. P. 70–75.
9. Guy R. J., Seow-Choen F. Septic complications after treatment of hemorrhoids // Br. J. Surg. 2003. Vol. 90. P. 147–156.

Поступила в редакцию 14.08.2015 г.

А. Е. Краснобаев, В. Н. Ищенко, А. А. Григорюк,  
А. В. Матвеев

VARIANT OF HEMOSTATIC SUTURE  
IN MILLIGAN-MORGAN OPERATION

Pacific State Medical University, Vladivostok

On the basis of great clinical experience, the authors developed the method of choice of optimal surgical aid and suggested an original surgical method of treatment of complicated hemorrhoid. The results obtained were analyzed. There was reliably noted, that the quantity of early postoperative complications decreased, an expression of pain syndrome was lower and there were no relapses during three-year of follow-up. Given technologies allowed an introduction of them as stationary substituting operations on the basis of private medical centers with one day of hospital stay.

**Key words:** hemorrhoid, prevention of early complications, Milligan-Morgan operation