

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-05-17>

Непосредственные и отдаленные результаты операции Whitehead

М. Данилов, кандидат медицинских наук,
А. Атрощенко, кандидат медицинских наук,
С. Поздняков,
Г. Саакян,
И. Долгопятов,
А. Николаева
 Московский клинический научный центр
 им. А.С. Логина ДЗМ, Москва
E-mail: m.danilov@mknc.ru

Оценены непосредственные и отдаленные результаты выполнения геморроидэктомии по модифицированной методике Whitehead. Показанием к данному методу хирургического лечения являлся циркулярный геморрой IV степени (пациенты, которым выполнение открытой или закрытой геморроидэктомии с сохранением кожно-слизистых мостиков было бы ассоциировано с оставлением геморроидальной ткани). Выполнено 20 геморроидэктомий по модифицированной методике Whitehead (у 12 женщин и 8 мужчин; средний возраст пациентов – 38,7±9,4 года; средний период наблюдения после операции – 9,5 мес).

Геморроидэктомия на методике Whitehead (в традиционном или модифицированном исполнении) не является операцией выбора при геморроидальной болезни III–IV стадии, однако в отдельных случаях может иметь явные преимущества перед традиционными методиками – не ассоциирована с увеличением частоты послеоперационных осложнений (кровотечение, нагноение, стриктура, инконтиненция) и возникновением рецидива заболевания.

Ключевые слова: хирургия, операция Whitehead, геморроидэктомия.

Для цитирования: Данилов М., Атрощенко А., Поздняков С. и др. Непосредственные и отдаленные результаты операции Whitehead // Врач. – 2019; 30 (5): 79–83. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-05-17>

Геморрой – одно из самых распространенных заболеваний аноректальной области, проявляющееся симптоматическим увеличением и пролабированием геморроидальных узлов. Геморроем страдают миллионы людей во всем мире, в связи с чем данную патологию можно назвать социально-экономической проблемой [1]. Помимо патогенетических факторов возникновения геморроидальной болезни (сосудистый фактор), можно выделить причины, способствующие прогрессированию заболевания; в первую очередь, это хронический запор и постоянные натуживания во время акта дефекации (механический фактор) [2]. Присоединение воспалительной реакции и сосудистой гиперплазии приводит к характерному симпто-

матическому комплексу (зуд, жжение, боль, кровотечения и т.д.) [3].

Точная патофизиология геморроидальной болезни изучена недостаточно. Многие годы была популярна теория варикозного расширения геморроидальных сплетений, однако сейчас она устарела, поскольку аноректальное варикозное расширение и геморрой – это два разных состояния; фактически у пациентов с портальной гипертензией и варикозной болезнью риск заболеть геморроем отсутствует [4].

Сегодня широко распространена теория растяжения анального канала, когда имеются дезинтеграция и растяжение поддерживающего аппарата геморроидальных сплетений (валиков). Анальные валики у пациентов с геморроем претерпевают значительные патологические изменения, включающие аномальную венозную дилатацию, сосудистый тромбоз, дегенеративные и дистрофические изменения в коллагеновых волокнах и фиброэластических тканях анального канала (растяжение или разрыв анальной субэпителиальной мышцы Трейца). К указанным патологическим изменениям можно отнести также выраженный воспалительный процесс и ишемические изменения слизистой оболочки и анодермы [5]. W. Thomson предположил [6], что выпадение геморроидальных узлов является следствием растяжения или разрыва мышцы Трейца, вследствие чего происходят нарушение венозного оттока, тромбоз и возникновение кровотечений. В соответствии с данной концепцией сформировался новый хирургический подход, суть которого заключается в геморроидопексии без удаления геморроидальных узлов, однако вскоре было показано, что слабость мышцы Трейца приводит к повторному пролапсу анальных валиков.

S.-C. Chang и соавт. разработали [7] модифицированную методику операции Whitehead – циркулярную геморроидэктомию для лечения симптоматического геморроя. При данном вмешательстве отсепааровывают слизистую оболочку анального канала, при этом обнажается место крепления мышцы Трейца ко внутреннему сфинктеру (рис. 1), именно в данной плоскости происходит пересечение тканей без повреждения внутреннего сфинктера (при выполнении открытой или закрытой геморроидэктомии это происходит не так прецизионно), что снижает уровень болевого синдрома в послеоперационном периоде и позволяет контролировать процесс пересечения геморроидальных сосудов. Следует заметить, что коррекция пролапса геморроидальных узлов при выполнении операции Лонго (РРН) не совсем патогенетическая процедура, так как линия циркулярного степлерного шва располагается на 4–6 см выше зубчатой линии, что, несомненно, приводит к рецидиву заболевания [7].

Целью данного исследования было оценить непосредственные и отдаленные результаты выполнения операции Whitehead.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За 2-летний период в нашем отделении выполнено 20 геморроидэктомий по модифицированной методике Whitehead. Материал набирали из проспективно заполняемой базы данных. Показанием к данному методу хирургического лечения являлся циркулярный геморрой IV степени (пациенты, которым выполнение открытой или закрытой геморроидэктомии с сохранением кожно-слизистых мостиков было бы ассоциировано с оставлением геморроидальной ткани). Средний возраст пациентов (12 женщин и 8 мужчин) составил $38,7 \pm 9,4$ года (от 24 до 66 лет). Все вмешательства выполняли в литотомической позиции. Выбор анестезии чаще зависел от предпочтений пациента; в некоторых случаях приходилось использовать внутривенную анестезию с добавлением местных анестетиков (в частности, у 3 пациентов) 0,75% раствор наропина. У большинства пациентов была применена спинальная или каудальная анестезия, у 3 больных – масочный наркоз.

Всем пациентам проводили механическую подготовку кишечника накануне операции (лавакол, эндофальк), а также применялась бесшлаковая диета в течение 3 дней до операции – для максимальной задержки стула в послеоперационном периоде. При подготовке операционного поля осуществляли бритье перианальной области за несколько дней до планируемой операции (а не непосредственно накануне или в день операции) для минимизации развития местных гнойно-септических осложнений.

Средняя длительность наблюдения в послеоперационном периоде составила 9,5 мес (от 6 до 13 мес). После выписки пациенты регулярно являлись на контрольный осмотр: в течение 1-го месяца – 1 раз в неделю, в последующие 2 мес – 1 раз в 2 нед, в последующие 3 мес – 1 раз в месяц и далее – 1 раз в 2 мес. При каждом контрольном визите проводили осмотр пери-

анальной области, пальцевое исследование прямой кишки, во время которого оценивали выраженность болевого синдрома; пациенты заполняли дневники, в которых фиксировались степень болевого синдрома в покое и во время дефекации, оценивали время, по истечении которого болевой синдром купировался самостоятельно или с использованием пероральных анальгетиков (ксефокам, нурофен, дексалгин), консистенцию стула, наличие или отсутствие патологических примесей в нем, количество актов дефекации в день и т. д.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В раннем послеоперационном периоде не зафиксировано таких осложнений, как нагноение послеоперационной раны и кровотечение (клинически значимое). У 2 пациентов на 2-е сутки послеоперационного периода отмечен однократный подъем температуры $>38^{\circ}\text{C}$: у одного больного это было ассоциировано с отхождением 1-го стула, у другого в последующие 3 дня отмечалась субфебрильная температура ($37,2\text{--}37,5^{\circ}\text{C}$) при отсутствии в эти сроки стула.

Время до 1-й дефекации в среднем составляло 3 дня (от 2 до 5 дней). Средняя длительность послеоперационного койко-дня была 4,2 (от 2 до 7 дней), т.е. все пациенты отпущены домой после 1-го акта дефекации и оценки местного статуса. Период реабилитации (срок от хирургического вмешательства до возвращения к привычному образу жизни при отсутствии у пациента жалоб) варьировал от 10 до 18 дней (в среднем – 12 дней). Анальной инконтиненции в отсроченном и отдаленном периодах не наблюдалось (сфинктерометрия рутинно не выполнялась при отсутствии жалоб пациента). У 4 оперированных развилась стриктура анального канала, купированная в результате ежедневного пальцевого бужирования. У 1 пациента в послеоперационном периоде возникла необходимость в

регулярном использовании очистительных клизм, при этом стриктуры у него не было. В отсроченном периоде кровотечения у пациентов за весь период наблюдения не отмечалось. Клинической картины возврата заболевания (жалобы, клинические показатели, данные осмотра и пальцевого исследования прямой кишки) не зафиксировано (см. таблицу, рис. 2, 3).

Первоначально операция Whitehead была воспринята хирургами с большим интересом [8], однако со временем наряду со сторонниками данного метода, у него появлялись и ярые противники [9]. Основная полемика касалась уровня шва слизистой оболочки и перианальной кожи [10]. Несмотря на варианты модифицированных методик данного вмешательства, хирурги пришли к выводу, что шов необходимо на-

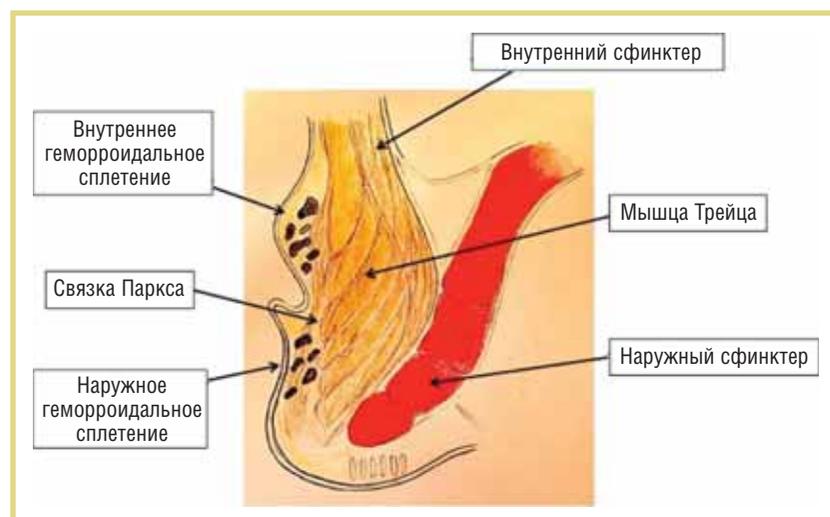


Рис. 1. Связочно-мышечный аппарат прямой кишки и анального канала

кладывать на уровне зубчатой линии (внутри анального канала), мобилизовав и переместив перианальную кожу в анальный канал. Обычно при лечении геморроидальной болезни хирурги предпочитают наиболее «удобный» для них хирургический метод, однако встречаются ситуации, когда такой подход неприемлем. Так, при циркулярном геморрое, в случаях, когда имеется тотальный пролапс геморроидальных узлов, в том числе с тромбозом, выполнение степлерной или традиционной геморроидэктомии (геморроидэктомия по Миллигану—Моргану и Фергюссону) не обеспечивает полного удаления патологической ткани и не приводит к полному излечению [11–13].

Описанная автором методика в ранние сроки сопровождалась послеоперационными осложнениями, и в первую очередь — кровотечением из линии шва [14], однако в последующем при операции Whitehead в оригинальном варианте кровотечения практически не описаны [15]; напротив, в отдаленные сроки у пациентов часто возникали стенозы. В более обширных выборках пациентов частота кровотечений и стенозов была сопоставима с такой при выполнении открытой и закрытой геморроидэктомии [16]. Долго существовавшая дискуссия по поводу данной методики в настоящее время считается закрытой в отношении локализации швов и отсутствия пролапса слизистой оболочки после вмешательств. Во-первых, кожно-слизистые швы локализуются внутри при сомкнутом анальном сфинктере; во-вторых (как следствие), пролапса слизистой при выполнении модифицированной методики не возникает [17].

Выпадающий геморрой в большинстве случаев эффективно лечится удалением 3 основных геморроидальных комплексов (на 3, 7 и 11 ч), но тем не менее после подобных вмешательств пациенты продолжают жаловаться на остаточные симптомы и наличие перианальных бахромок. В связи с этим в азиатских странах стало популярным удаление не 3 геморроидальных комплексов, а 4 [18]. Этот вариант геморроидэктомии по объему вмешательства близок к операции Whitehead а отдаленные его результаты имеют преимущество перед традиционной геморроидэктомией. Сравнение результатов выполнения операции Whitehead и традиционной закрытой геморроидэктомии (удаление 3 и 4 узлов) показало [19], что в 11,2% случаев при выполнении операции Whitehead была зафиксирована несостоятельность лоскута, что рано или поздно приводило к формированию стриктуры.

«Золотым стандартом» хирургического лечения геморроя IV стадии является удаление геморроидальных узлов (геморроидэктомия по той или иной методике). Однако только 10% пациентов с данной стадией заболевания подвергаются хирургическому лечению. Основным недостатком

геморроидэктомии по сравнению с малоинвазивными методиками является послеоперационный болевой синдром, который зачастую не купируется наркотическими анальгетиками [20]. Это связано с большой хирургической травмой; по этой же причине в послеоперационном периоде у пациентов часто воз-

Интра- и послеоперационные показатели у оперированных пациентов; n (%)

Показатель	Частота (выраженность изменений)
Продолжительность операции, мин	27,5 (19–44)
Интраоперационные осложнения	0
Тип анестезии:	
общая	3
спинальная	14
местная + внутривенная седация	3
Ранние послеоперационные кровотечения	0
Отсроченные послеоперационные кровотечения	0
Нагноение послеоперационной раны	0
Лихорадка	2 (10)
Время до 1-й дефекации, дни	3 (2–5) 2,88–3,12
Необходимость очистительной клизмы	1 (5) 4,8–5,2
Средняя продолжительность пребывания в стационаре, дни	4,2 (3–7) 4,10–4,29
Средняя продолжительность до возвращения к нормальному образу жизни, дни	12 (10–18) 11,9–12,2
Стриктура:	
пальцевое бужирование	4 (20) 18,4–21,2
необходимость повторной операции	0
Анальная инконтиненция	0
Ощущение неполного опорожнения	0
Отсроченные кровотечения из слизистой	0
Рецидив геморроя	0

Примечание. В скобках – пределы колебаний; в знаменателе – 95% доверительный интервал.

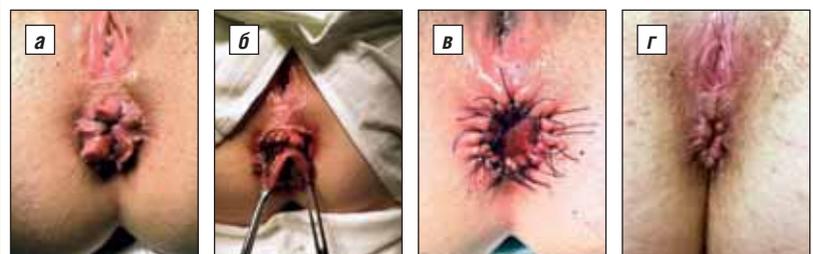


Рис. 2. Внешний вид: а – до операции; б – интраоперационно – циркулярное рассечение перианальной кожи; в – окончательный вид – слизисто-кожные швы; г – через 3 нед после операции

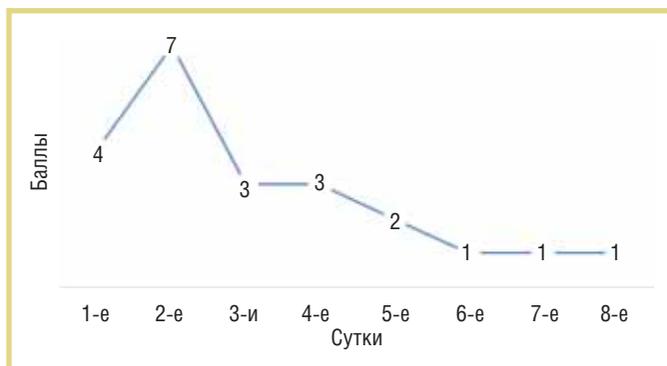


Рис. 3. Интенсивность болевого синдрома (ВАШ, баллы) в послеоперационном периоде (по оси абсцисс)

никают рефлекторные расстройства мочеиспускания (они имеют временный характер и напрямую зависят от выраженности болевого синдрома) [21].

Техника закрытой геморроидэктомии (операция Фергюсона) предполагает, на первый взгляд, более быстрое заживление послеоперационной раны, однако при расхождении швов отмечается более длительное заживление (в частности, чем при операции Миллигана–Моргана).

Использование таких энергетических ресурсов, как Ligasure или Harmonic, приводит к менее выраженному болевому синдрому, снижению частоты ретенции мочи, сокращению времени операции и интраоперационной кровопотери, а также более быстрому заживлению послеоперационных ран и сокращению периода реабилитации по сравнению с традиционными техниками геморроидэктомии [22]. Однако при анализе публикаций и на основании собственного опыта нами спустя 2 и 3 нед после операции не отмечено различий в выраженности болевого синдрома и количестве осложнений. При простоте использования биполярного коагулятора или гармонического диссектора эти методы являются дорогостоящими. Если сравнивать выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде при использовании Harmonic и Ligasure, то в последнем случае данный показатель достоверно снижен [23].

На протяжении почти 80 лет операцию Whitehead сопровождали эксклюзивные публикации с указанием ее плохих результатов. Это, в первую очередь, инконтиненция, выпадение слизистой, образование язв, невралгия таза и нижних конечностей, нейростения, гангрена Фурнье, образование свищей и фатальные септические осложнения. Многие «осложнения» причудливы и не воспринимаются всерьез, но некоторые из них – такие, как инконтиненция и стриктура анального канала, заслуживают серьезного внимания.

С другой стороны, выполнение операции Whitehead у пациентов с обширным циркулярным геморроем – единственный эффективный способ лечения данной патологии. При сравнении результатов разных авторов

можно проследить влияние на положительный результат технических особенностей оперирования; к ним можно отнести формирование «анастомоза» без натяжения, использование плетеного шовного материала, удаление всей избыточной слизистой, экономное удаление перианальной кожи, прецизионное сохранение волокон сфинктера и т.д. Чаще всего стриктура анального канала развивается из-за прорезывания швов и последующего заживления дефекта грануляциями. Отсюда следует, что количество перечисленных осложнений можно сократить до минимума при соблюдении простейших правил.

Операция Whitehead (в традиционном или модифицированном исполнении) не является операцией выбора при геморроидальной болезни III–IV стадии, однако в отдельных случаях она может иметь явные преимущества перед традиционными методиками, поскольку она не ассоциирована с увеличением частоты послеоперационных осложнений (кровотечение, нагноение, стриктура, инконтиненция) и возникновением рецидива заболевания.

* * *

Конфликт интересов не заявлен.

Литература/Reference

1. Шельгын Ю.А., Благодарный Л.А., Хмылов Л.М. Выбор способа геморроидэктомии при хроническом геморрое // Хирургия. – 2003; 3: 39–45 [Shelygin Yu.A., Blagodarnyi L.A., Khmylov L.M. Vybora sposoba gemorroidektomii pri khronicheskom gemorroee // Khirurgiya. – 2003; 3: 39–45 (in Russ.)].
2. Higuero T., Abramowitz L., Castinel A. et al. Guidelines for the treatment of hemorrhoids (short report) // J. Visc. Surg. – 2016; 153 (3): 213–8.
3. Riss S., Weiser F., Schwameis K. et al. The prevalence of hemorrhoids in adults // Int. J. Colorectal. Dis. – 2012; 27 (2): 215–20.
4. Aigner F., Gruber H., Conrad F. et al. Revised morphology and hemodynamics of the anorectal vascular plexus: impact on the course of hemorrhoidal disease // Int. J. Colorectal. Dis. – 2009; 24 (1): 105–13.
5. Aigner F., Bodner G., Gruber H. et al. The vascular nature of hemorrhoids // J. Gastrointest. Surg. – 2006; 10 (7): 1044–50.
6. Thomson W. The nature of haemorrhoids // Br. J. Surg. – 1975; 62 (7): 542–52.
7. Chang S.-C., Shih J., Lee H. Review of Treitz's Muscles and their implications in a hemorrhoidectomy and hemorrhoidopexy // Fu-Jen Journal of Medicine. – 2006; 4 (1): 1–6.
8. Whitehead W. The Surgical Treatment of Haemorrhoids // Br. Med. J. – 1882; 1 (1101): 148–50.
9. Rand A. Whitehead's radical circumferential hemorrhoidectomy modified by sliding skin-flap grafts // Surg. Clin. North Am. – 1972; 52 (4): 1031–45.
10. Devien C. Death to Whitehead, hurray for Toupet! or total circular hemorrhoidectomy revisited. Its technique, their indications and their results // Ann. Chir. – 1994; 48 (6): 565–71.
11. Mukhashavria G., Qarabaki M. Surgical technique tailored to advanced haemorrhoids // Tech. Coloproctol. – 2009; 13 (2): 151–5; discussion 5.
12. Milligan B., Monson J., Hartley J. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial // Lancet. – 2000; 355 (9206): 782–5.
13. Senagore A., Singer M., Abcarian H. et al. A prospective, randomized, controlled multicenter trial comparing stapled hemorrhoidopexy and Ferguson hemorrhoidectomy: perioperative and one-year results // Dis. Colon. Rectum. – 2004; 47 (11): 1824–36.
14. Малькави М.М. Сравнительные результаты хирургического лечения хронического геморроя IV стадии // Вестник КРСУ. – 2016; 7: 29–32 [Malkawi M.M. Comparative results of surgical treatment of stage IV hemorrhoids // Vestnik KRSU. – 2016; 7: 29–32 (in Russ.)].

15. Maria G., Alfonsi G., Nigro C. et al. Whitehead's hemorrhoidectomy. A useful surgical procedure in selected cases // *Tech. Coloproctol.* – 2001; 5 (2): 93–6.

16. Abramowitz L., Godeberge P., Staumont G. et al. Clinical practice guidelines for the treatment of hemorrhoid disease // *Gastroenterol. Clin. Biol.* – 2001; 25 (6–7): 674–702.

17. Kim J. Analysis of surgical treatments for circumferentially protruding haemorrhoids: complete excision with repair using flaps versus primary excision with secondary suture-ligation // *Asian J. Surg.* – 2006; 29 (3): 128–34.

18. Mukhashavria G., Qarabaki M. Circumferential excisional hemorrhoidectomy for extensive acute thrombosis: a 14-year experience // *Dis. Colon. Rectum.* – 2011; 54 (9): 1162–9.

19. Kraemer M. Whitehead hemorrhoidectomy in older patients // *Tech. Coloproctol.* – 2000; 4: 79–81.

20. Жерлов Г.К., Зыков Д.В., Карпович А.В. и др. Хирургическое лечение геморроя // *Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова.* – 2008; 9: 19–24 [Zherlov G.K., Zykov D.V., Karpovich A.V. et al. Surgical treatment of haemorrhoids // *Khirurgiya. Zhurn. im. N.I. Pirogova.* – 2008; 9: 19–24 (in Russ.)].

21. Altomare D., Giuratrabocchetta S. Conservative and surgical treatment of haemorrhoids // *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* – 2013; 10 (9): 513–21.

22. Palazzo F., Francis D., Clifton M. Randomized clinical trial of Ligasure versus open haemorrhoidectomy // *Br. J. Surg.* – 2002; 89 (2): 154–7.

23. Cerato M., Cerato N., Passos P. et al. Surgical treatment of hemorrhoids: a critical appraisal of the current options // *Arq. Bras. Cir. Dig.* – 2014; 27 (1): 66–70.

IMMEDIATE AND LONG-TERM RESULTS OF WHITEHEAD'S OPERATION

M. Danilov, Candidate of Medical Sciences; **A. Atroshchenko**, Candidate of Medical Sciences; **S. Pozdnyakov**; **G. Saakyan**, **I. Dolgopyatov**; **A. Nikolaeva**
A.S. Loginov Moscow Clinical Research Center, Moscow Healthcare Department, Moscow

The immediate and long-term results of hemorrhoidectomies were assessed using the modified Whitehead procedure. The indication for this surgical treatment were grade IV circular hemorrhoids (patients who had undergone open or closed hemorrhoidectomy with preservation of mucocutaneous bridges) would be associated with leaving hemorrhoidal tissue. Twenty hemorrhoidectomies were performed using a modified Whitehead's technique (in 12 women and 8 men; the mean age of the patients was 38.7±9.4 years; the mean follow-up period after surgery was 9.5 months).

Whitehead's hemorrhoidectomy (its traditional or modified version) is not the operation of choice for grade III–IV hemorrhoid disease; however, but in some cases it may have clear advantages over traditional procedures, i.e. it is unassociated with an increase in the frequency of postoperative complications (bleeding, suppuration, stricture, incontinence) and with the occurrence of recurrent disease.

Key words: surgery, Whitehead's surgery, hemorrhoidectomy.

For citation: Danilov M., Atroshchenko A., Pozdnyakov S. et al. Immediate and long-term results of Whitehead's operation // *Vrach.* – 2019; 30 (5): 79–83.
<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-05-17>