

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОЛОГИИ МИНИИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Эктов В.Н., Сомов К.А., Куркин А.В., Музальков В.А.

ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко, кафедра хирургических болезней ИДПО, г. Воронеж
(заведующий кафедрой – д.м.н., профессор В.Н. Эктов)

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты латексного лигирования геморроя.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Представлен опыт лечения 432 больных с хроническим геморроем с использованием различных вариантов латексного лигирования. Средний возраст пациентов составил $42,1 \pm 7,3$ лет, у 293 (67,8%) больных отмечена третья или четвертая стадия заболевания. Предложена новая методика – латексное лигирование слизистой и подслизистой оболочек нижнеампулярного отдела прямой кишки, которая одновременно обеспечивает лигирование геморроидальных сосудов и лифтинг тканей геморроидального комплекса. При третьей и четвертой стадии заболевания применялось одномоментное комбинированное лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки и лигирование внутренних геморроидальных узлов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде у 5 пациентов развились осложнения, для лечения которых не потребовалось повторных вмешательств. В отдаленном периоде после различных вариантов лигирования хорошие результаты лечения получены у 87,3% больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предложенные новые варианты латексного лигирования расширяют диапазон использования данной методики и повышают ее эффективность в лечении различных стадий и клинических форм хронического геморроя.

**[Ключевые слова: геморрой, латексное лигирование,
лигирование геморроидальных артерий, ректо-анальная реконструкция]**

IMPROVEMENT OF THE METHODOLOGY OF MINIINVASIVE METHOD FOR THE TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS

Ektov V.N., Somov K.A., Kurkin A.V., Muzalkov V.A.
Voronezh N.N.Burdenko State Medical University, Voronezh, Russia

AIM. To improve results of latex ligation of internal hemorrhoids.

MATERIAL AND METHODS. Results of 432 latex ligation of hemorrhoids were analyzed. The average age of the patients was $42,1 \pm 7,3$ years, 293 (67,8%) patients had third or the fourth degree of the disease. A new method of latex ligation of the mucosa and submucosa of the lower rectum with the aim to close hemorrhoidal vessels and lifting hemorrhoidal tissue complex was suggested and used for III-IV degree hemorrhoids.

RESULTS. In the early postoperative period complications not requiring reinterventions developed in 5 patients. In the late period good results were obtained in 87,3% of patients.

CONCLUSION. Suggested modified latex ligation in the treatment of chronic hemorrhoids is minimally invasive, simple and low cost. It extends the indication of this method for hemorrhoids of advanced stages..

[Key words: hemorrhoids, rubber band ligation, hemorrhoidal artery ligation, recto-anal repair]

**Адрес для переписки: Эктов В.Н., ул. Историка Веселовского, д. 24, Воронеж, 394068,
тел.: +7 (910) 732-20-71, e-mail: ektov.vladimir@yandex.ru**

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время миниинвазивные методики относятся к наиболее распространенным способам лечения хронического геморроя [1,8,10]. В клинической практике используются различные варианты миниинвазивных вмешательств – склеротерапия, инфракрасная коагуляция, электрокоагуляция, латексное лигирование, лигирование геморроидальных сосудов под контролем ультразвуковой доплерометрии (НАЛ), лигирование геморроидальных сосудов под контролем ультра-

звуковой доплерометрии с ректо-анальной реконструкцией, степлерные методики (РРН). Латексное лигирование геморроидальных узлов длительное время было одним из наиболее эффективных методов лечения [1,4,5,10]. Вместе с тем, ряд авторов указывают на возможность развития различных осложнений и отмечают уменьшение эффективности данной методики при третьей и четвертой стадиях хронического внутреннего геморроя [2,8,10]. В настоящей работе описаны новые методологические подходы в использовании технологии латексного лигирования и предложены варианты ее при-

менения в лечении различных клинических форм хронического геморроя.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В колопроктологическом отделении Воронежской областной клинической больницы №1 различные варианты латексного лигирования были применены для лечения 432 больных хроническим геморроем с различными стадиями заболевания. Средний возраст пациентов составил $42,1 \pm 7,3$ лет, среди больных преобладали мужчины (80,5%). При обследовании у 293 (67,8%) больных отмечена третья или четвертая стадия заболевания. Лечение осуществлялось в стационаре с использованием механического лигатора фирмы Karl Storz. Все операции выполнялись под эпидуральной анестезией. При помощи ректального зеркала выполнялся осмотр аноректальной области и обработка операционного поля, определялась точная локализация и размеры внутренних геморроидальных узлов, под тщательным визуальным контролем проводилась процедура латексного лигирования. Стандартная методика лигирования заключалась в наложении двух латексных лигатур на основании внутреннего геморроидального узла чуть выше зубчатой линии, что обеспечивало прекращение кровоснабжения тканей узла с последующим их некрозом, рубцеванием и фиксацией слизистой оболочки. Использовали методику одномоментного лигирования – выполняли наложение лигатур на все (в большинстве случаев – три) выявленные внутренние геморроидальные узлы за одну манипуляцию. На основе технологии латексного лигирования нами разработан новый способ лечения хронического геморроя – латексное лигирование слизистой и подслизистой оболочек нижнеампулярного

отдела прямой кишки (патент на изобретение № 2565654 от 18.09.2015) [3]. Методика заключалась в том, что мягким зажимом по оси выявленного геморроидального узла захватывалась слизистая нижнеампулярного отдела прямой кишки на 5 см выше зубчатой линии. Механическим лигатором производили наложение двух латексных лигатур на слизистую нижнеампулярного отдела прямой кишки таким образом, чтобы высота лигированного участка слизистой составляла около 1,5 см (Рис. 1). При этом в зону лигирования попадал округлой формы участок слизистой и подслизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки диаметром около 3 см с подлежащими сосудами. Выполненная процедура лигирования одновременно обеспечивала подтягивание вверх (лифтинг) тканей геморроидального комплекса. Данная манипуляция проводилась в проекции основных геморроидальных узлов, как правило, на 3, 7 и 11 часах по циферблату.

Таким образом, предлагаемый метод лечения хронического геморроя позволяет осуществить латексное лигирование с удалением фрагмента основных артериальных сосудов, кровоснабжающих геморроидальные узлы. Одновременно лигирование участка слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки диаметром около 3 см обеспечивает подтягивание и фиксацию мягких тканей в зоне манипуляции (Рис. 2).

При третьей и четвертой стадии хронического геморроя использовали комбинированный вариант латексного лигирования, в процессе которого по оси геморроидального комплекса одновременно осуществляли лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки и лигирование внутренних геморроидальных узлов. Первоначально в проекции выявленного внутреннего геморроидального узла осуществляли лигирование слизистой и подслизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки по вышеописанной методике, а затем выполняли лигирование внутреннего узла с наложением латексной лигатуры чуть выше зубчатой линии (Рис. 3).

Данная модификация вмешательства обеспечивает одномоментное лигирование на протяжении дистальных ветвей верхней прямокишечной артерии и удаление внутренних геморроидальных узлов. Суммарно по оси геморроидального комплекса в зону лигирования попадают два участка слизистой общей протяженностью около 4 см, что позволяет удалить выпадающие при 3-4 стадии заболевания ткани геморроидального комплекса с последующей двойной фиксацией слизистой оболочки в зоне выполненных манипуляций. В случаях хронического внутреннего геморроя с наличием

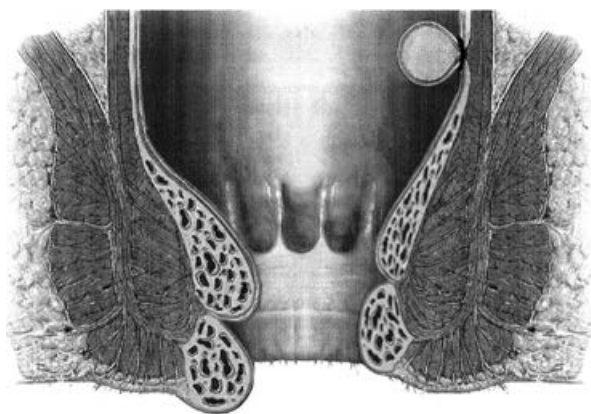


Рисунок 1. Латексное лигирование слизистой и подслизистой оболочек нижнеампулярного отдела прямой кишки (на 2 с.)

у пациента одного наружного узла использовали один из способов латексного лигирования в сочетании с иссечением наружного геморроидального узла.

Таким образом, при различных стадиях и формах хронического геморроя применялись различные варианты латексного лигирования (Табл. 1): одномоментное лигирование внутренних геморроидальных узлов, лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки, комбинированное лигирование внутренних геморроидальных узлов и слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки, сочетание различных вариантов лигирования с иссечением наружного геморроидального узла.

Протокол послеоперационного ведения больных не зависел от выполненного варианта лигирования и включал рекомендации по восстановлению нормального транзита кишечных масс, использование ректальных свечей и ангиопротекторов-флеботоников, назначение анальгетиков по требованию пациента. Оценка болевого синдрома осуществлялась при помощи десятибалльной визуально-аналоговой шкалы. Пациенты выписывались из стационара на 2-6 сутки. Наблюдение за больными осуществлялось в течение первого года с интервалами 3-6 и 12 месяцев с последующей оценкой отдаленных результатов методом повторного осмотра или анкетирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительная количественная оценка по визуально-аналоговой шкале различных параметров болевого синдрома (интенсивность, продолжительность, боль после дефекации) на 1-3 и 6 сутки

послеоперационного периода, выполненная 82 пациентам, не выявила статистически значимых различий в группах пациентов, которым было выполнено одномоментное лигирование внутренних геморроидальных узлов и комбинированное лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки с лигированием внутренних геморроидальных узлов. В первые сутки послеоперационного периода, соответственно, у 62,5% и 69,2% больных интенсивность боли расценивалась как «слабая» или «средняя», для ее купирования не требовалось назначение наркотических обезболивающих средств. Наименьшая выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде выявлена у больных после лигирования слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки. Все пациенты после выполнения различных вариантов лигирования отмечали отсутствие существенных болевых ощущений после первой дефекации.

После применения различных вариантов латексного лигирования в раннем послеоперационном периоде у 2 пациентов (один больной после одномоментного лигирования геморроидальных узлов и один больной после комбинированного лигирования геморроидальных узлов и слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки) отмечалась задержка мочеиспускания. В двух случаях после одномоментного лигирования геморроидальных узлов отмечалось кровотечение, остановленное консервативными мероприятиями. У одного больного на 3-е сутки после процедуры комбинированного лигирования выявлен тромбоз наружного геморроидального узла, который купирован приемом флеботоников и местных противовоспалительных препаратов.

Отдаленные результаты лечения после применения различных вариантов латексного лигирования

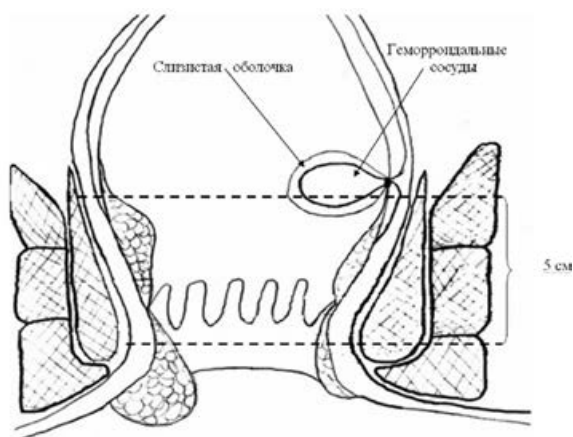


Рисунок 2. Схема латексного лигирования слизистой и подслизистой оболочек нижнеампулярного отдела прямой кишки (на 2с.)

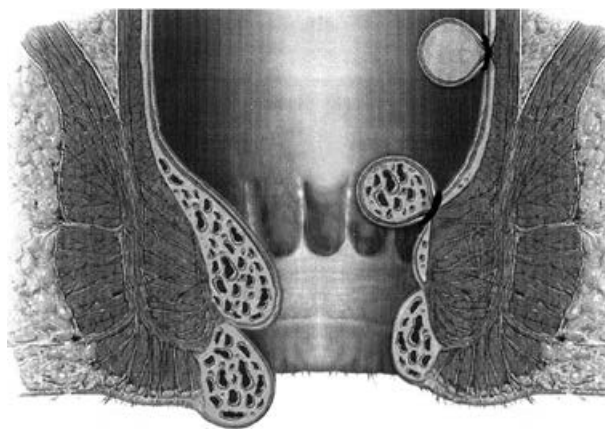


Рисунок 3. Комбинированное латексное лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки и внутреннего геморроидального узла (на 3с.)

Таблица 1. Общая характеристика больных и варианты латексного лигирования при хроническом геморрое

Методика латексного лигирования	Стадия хронического внутреннего геморроя				Всего
	I	II	III	IV	
Одномоментное лигирование геморроидальных узлов	1	83	91	22	197
Лигирование слизистой нижеампулярного отдела прямой кишки	1	7	5	-	13
Комбинированное лигирование внутренних геморроидальных узлов и слизистой нижеампулярного отдела прямой кишки	-	15	72	32	119
Сочетание различных вариантов лигирования с иссечением наружного геморроидального узла	-	32	42	29	103
ВСЕГО	2	137	210	83	432

Таблица 2. Отдаленные результаты лечения хронического геморроя различными вариантами латексного лигирования

Методика латексного лигирования	Результат лечения (%)		
	неудовл.	удовлетв.	хороший
Одномоментное лигирование внутренних геморроидальных узлов	4,5	9,1	86,4
Лигирование слизистой нижеампулярного отдела прямой кишки	0	0	100
Комбинированное лигирование внутренних геморроидальных узлов и слизистой нижеампулярного отдела прямой кишки	3,2	12,9	83,9
Сочетание различных вариантов лигирования с иссечением наружного узла	3,2	6,5	90,3
ВСЕГО	3,6	9,1	87,3

методом анкетирования изучены у 110 пациентов в сроки от 6 мес. до 6 лет. Медиана наблюдения составила $38,4 \pm 6,3$ месяцев. Критериями хороших результатов лечения считали отсутствие осложнений, прекращение кровотечений и выпадения узлов. К удовлетворительным результатам относили отсутствие выпадения узлов с периодическим выделением крови. Неудовлетворительным результатом лечения считали выявленные случаи рецидивов заболевания с выпадением геморроидальных узлов и кровотечениями, необходимостью выполнения повторных хирургических вмешательств (Табл. 2). Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности различных вариантов латексного лигирования в лечении хронического геморроя, в том числе, при третьей и четвертой стадиях заболевания. Статистически значимых различий при сравнительной оценке результатов применения различных вариантов лигирования не отмечено.

ОБСУЖДЕНИЕ

Основной целью большинства применяющихся способов хирургического лечения геморроидальной болезни является реализация главных патогенетических подходов – устранение патологического артериального притока к геморроидальным узлами и восстановление нарушенного соединительно-тканного и мышечного каркаса в зоне выпадающих геморроидальных узлов. Методики,

основанные на различных способах физического и химического воздействия на региональную кавернозную ткань (склеротерапия, инфракрасная коагуляция), достаточно трудно стандартизировать, и показания к их применению в большинстве случаев обоснованно ограничиваются начальными стадиями заболевания (первая и вторая стадии хронического внутреннего геморроя) [1].

Активно внедряемые в настоящее время методики HAL и HAL-RAR требуют более внимательной оценки. Данная методика соответствует общему тренду в современной хирургии, так как основана на применении дополнительного специального оборудования (аппаратура для ультразвуковых исследований, аноскоп, хирургический инструментарий), что сразу вывела эту лечебную технологию, преимущественно, в коммерческий сектор отечественной хирургии. Методика HAL (Hemorrhoidal Artery Ligation) направлена на прошивание и перевязку всех выявленных при доплерометрии артерий [9]. Возникают обоснованные сомнения в необходимости лигирования всех сосудов в нижеампулярном отделе прямой кишки, которые не только обеспечивают кровоснабжение патологических образований (геморроидальных узлов), но так же поддерживают физиологический кровоток в этой очень важной функциональной зоне аноректальной области, формируя сосудистый компонент анального держания [1]. Стремление придать этой методике несуществующий радикализм стало, по-видимому, причиной появления нового, часто используемого названия процедуры HAL – «дезарте-

ризация» геморроидальных узлов [2,10]. По нашему мнению, этот термин неудачен и не отражает суть процедуры. Добиться полного «уничтожения» артерий при помощи методики HAL невозможно с учетом особенностей коллатерального кровоснабжения геморроидальных сплетений. Это подтверждает также и изучение результатов применения HAL-процедуры, выявившее высокий удельный вес рецидивов заболевания в послеоперационном периоде [2]. Кроме того, неудовлетворительные исходы применения методики HAL делают целесообразным изучение вероятности развития реканализации лигированных сосудов, так как используемый рассасывающий шовный материал теряет 50% своей прочности уже к десятому дню послеоперационного периода. Вышеуказанные сомнения в перспективности методики HAL так же подтверждаются известным фактом быстрой ее трансформации в новый вариант процедуры – HAL-RAR. Компонент RAR (Recto-Anal Repair-ректо-анальный ремонт) заключается в прошивании внутреннего геморроидального узла обвивным швом от лигированной сосудистой ножки до зоны зубчатой линии. Очевидно, что процедура RAR направлена на шовную пликацию внутренних геморроидальных узлов, что в дальнейшем приводит к развитию в них воспалительной реакции и трудно контролируемому уменьшению патологического объема кавернозной ткани. Таким образом, вместо ранее известных деликатных способов воздействия на кавернозную ткань (склеротерапия, инфракрасная коагуляция) предлагается достаточно ее грубое травматическое повреждение. Операцию HAL-RAR трудно назвать миниинвазивной процедурой, так как в ходе ее выполнения в аноректальной области производится наложение такого же количества швов, как и при осуществлении стандартной закрытой геморроидэктомии. В некоторых случаях методику RAR стали называть «мукопексией» – фиксацией слизистой [10]. Мукопексия, по-видимому, является трудно реализуемой манипуляцией, в связи с чем, этот термин ранее не использовался в хирургической практике. Кроме того, в базовой методике HAL-RAR отсутствует описание техники «мукопексии»: к каким анатомическим структурам (связочный аппарат, внутренний сфинктер) фиксируется слизистая оболочка, каков способ и результаты подобной фиксации? Очевидно, что целесообразно более осторожно относиться к внедрению и использованию новых терминов, не точно отражающих суть хирургических манипуляций, и в случаях применения процедуры HAL-RAR в отечественной литературе считаем более оправданным пользоваться первоначальной базовой терминологией. Среди методов лечения хронического внутреннего

геморроя длительное время лидирующее положение занимает лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, так как данный способ лечения является одним из самых эффективных вариантов кабинетных миниинвазивных процедур [1,5,8]. Важными преимуществами методики латексного лигирования является радикальность вмешательства (удаление внутреннего геморроидального узла), миниинвазивность (отсутствие швов и открытых ран), возможность стандартизации процедуры и достаточно широкая доступность. К недостаткам латексного лигирования следует отнести общепринятую многоэтапную тактику выполнения процедуры, удлиняющую сроки лечения больных, встречающиеся осложнения раннего послеоперационного периода (кровотечения, болевой синдром, тромбоз наружных геморроидальных узлов), увеличение частоты рецидивов при лечении III-IV стадий хронического геморроя [2,8]. Анализ результатов использования латексного лигирования показывает, что неблагоприятные исходы его применения во многом связаны с общепринятой технологией выполнения данной процедуры, когда этапное лигирование осуществляется без анестезии с использованием аноскопа. Подобный подход не позволяет качественно выполнить важные элементы операции – выявить локализацию всех внутренних геморроидальных узлов, точно наложить лигатуру на основание узла, отступив не менее 5 мм от зубчатой линии, проконтролировать гемостаз и качество лигирования в конце процедуры. Тактика этапного лигирования потенцирует риск развития различных осложнений из-за выполнения манипуляций на фоне измененных тканей анального канала, что может в ряде случаев даже препятствовать завершению лечения.

Латексное лигирование – хирургическое вмешательство, требующее выполнения важных стандартных условий – адекватного обезболивания и хорошего визуального контроля. Использование местной анестезии позволяет успешно выполнять одномоментное множественное лигирование геморроидальных узлов и способствует уменьшению болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде [7,11]. Наш опыт показывает, что применение эпидуральной анестезии при латексном лигировании создает более благоприятные условия для выполнения процедуры – не нарушает анатомических ориентиров в аноректальной области, обеспечивает хороший визуальный контроль за точностью и полнотой лигирования, позволяет выполнить процедуру одноэтапно, способствует снижению числа послеоперационных осложнений и уменьшению аноректального дискомфорта. С целью расширения диапазона возможного при-

менения и повышения ее результативности нами разработана модификация методики латексного лигирования – лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки [3]. Латексное лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки позволяет удалить участок геморроидальных сосудов, что, обеспечивая снижение артериального кровотока, предотвращает риск реканализации сосудов и развития рецидивов заболевания. Удаление участка слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки диаметром 3 см обеспечивает подтягивание (лифтинг) мягких тканей в проекции геморроидального комплекса. Данную методику лигирования оправданно использовать при первой и второй стадиях хронического внутреннего геморроя.

Методика комбинированного лигирования внутренних геморроидальных узлов и слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки повышает радикальность вмешательства, так как обеспечивает удаление геморроидальных узлов с лигированием сосудистой ножки. Методика комбинированного лигирования расширяет показания и повышает эффективность этого варианта лечения при третьей и четвертой стадиях заболевания. При тщательном отборе больных существует возможность применения латексного лигирования при определенных формах комбинированного геморроя путем сочетания одного из вариантов данной процедуры с иссечением одного наружного геморроидального узла. Очевидно, что при необходимости удаления трех наружных геморроидальных узлов предпочтение следует отдавать геморроидэктомии.

Таким образом, предлагаемые варианты латексного лигирования в лечении хронического геморроя позволяют получить различные лечебные эффекты – лигирование геморроидальных сосудов, удаление геморроидальных узлов, устранение выпадения анодермы, что обеспечивает комплексное воздействие на патогенетические факторы геморроидальной болезни. При этом сохраняются важные преимущества данной процедуры – миниинвазивность, эффективность, относительная простота и широкая доступность, низкая стоимость. Предлагаемая тактика применения латексного лигирования расширяет диапазон использования данной методики и повышает ее результативность в лечении различных стадий и клинических форм хронического геморроя, обеспечивает рациональный выбор индивидуальной тактики лечения каждого конкретного пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: Литтера, 2010. – 200 с.
2. Титов А.Ю., Загрядский Е.А., Жарков Е.Е. Сравнительные результаты лигирования латексными лигатурами и дезартеризации внутренних геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплеровской флоуметрии в лечении геморроя III и IV стадии. Колопроктология. – 2008. – №1. – с. 8-16.
3. Эктов В.Н., Сомов К.А. Варианты латексного лигирования в лечении хронического геморроя. Хирургия. – 2015. – №11. – с. 46-52.
4. Armstrong D.N. Multiple hemorrhoidal ligation: a prospective, randomized trial evaluating a new technique. Dis. Colon Rectum. – 2003, 46, 179-186.
5. Barron J. Office ligation treatment of hemorrhoids. Dis. Colon Rectum. – 1963, 6, 109-113.
6. Iyer V.S., Shrier I., Gordon P.H. Longterm outcome of rubber band ligation for primary and recurrent internal hemorrhoids. Dis. Colon Rectum. – 2004, 47, 1364-1370.
7. Kwok H.C., Noblett S.E. The use of local anaesthesia in haemorrhoidal banding: a randomized controlled trial. Colorectal Dis. – 2013; 15 (4): 487-91.
8. MacRae H.M., McLeod R.S. Comparison of hemorrhoidal treatment: a meta-analysis. Can. J. Surg. – 1997, 40, 14-27.
9. Morinaga K., Hasuda K., Ikeda T. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. Am. J. Gastroenterol. – 1995, 90, 610-613.
10. Rivadeneira D.E., Steele S.R., Ternent Ch. et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010). Dis. Colon Rectum. – 2011, 54, 2-10.
11. Selvasekar C. Local anesthesia of upper anal canal for multiple rubber band ligation: description of technique and preliminary results. Dis. Colon Rectum. – 2007, 50 (9): 1481-3.

КОММЕНТАРИИ К СТАТЬЕ «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОЛОГИИ МИНИИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ»

Статья подкупает своей оригинальной идеей и новизной. В тоже время, при поздних стадиях геморроя в ней предлагается методика лигирования геморроидальных узлов и дополнительное лигирование слизистой оболочки прямой кишки на 5 см выше геморроидальных узлов. Не совсем

понятно, для чего при латексном лигировании требуется эпидуральная анестезия, которая несет риски осложнений и требует более чем суточного пребывания в стационаре. Методика лигирования в 96-98% выполняется амбулаторно и, в крайнем случае, возможно местное обезболивание современными местными препаратами (лидокаин, маркаин, бибувакаин и др.), обладающими выраженным и длительным обезболивающим эффектом.

По нашему мнению, проводить двойное одновременное лигирование нецелесообразно, потому что, по данным отечественных и зарубежных авторов, одновременное лигирование трех геморроидальных узлов усиливает болевой синдром в 1,5-1,7 раза, по сравнению с лигированием двух узлов, из-за большой опасности соскакивания лигатуры с пережатой ножки. При начальных стадиях возможно применение консервативного лечения или при неэффективности склерозирующего лечения.

По нашим данным, как и по сообщениям отечественных и зарубежных колопроктологов, показанием к этой операции служит хронический геморрой 3-4 стадии, а не все 4 стадии геморроя. Отсутствие границ между узлами является противопоказанием к этому методу из-за большой опасности кровотечения.

Не совсем понятно, с какой целью авторами выполняется лигирование слизистой оболочки прямой кишки выше геморроидального узла после его лигирования. Ведь при этой методике удаляет-

ся практически большая часть геморроидального узла и смысл, так называемой, «пексии» слизистой оболочки теряет смысл.

При оценке результатов в статье отсутствует какое-либо сравнение с другими достаточно эффективными малоинвазивными методами лечения хронического геморроя при поздних стадиях. Несмотря на указания в статье на статистическую обработку групп сравнения лигирования и результатов лечения, мы не нашли ссылок и признаков статистического сравнения представленного материала. В статье отсутствуют данные о статистически значимых различиях различных вариантов лигирования.

К тому же, нам представляется необоснованной критика дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией без какой-либо доказательной базы. Отечественными и зарубежными учеными, в том числе, и в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, проведены рандомизированные сравнительные исследования по изучению эффективности дезартеризации с мукопексией. В них достоверно доказано, что при правильном выборе показаний (наличие границ между наружными и внутренними узлами) она является наиболее эффективной методикой среди малоинвазивных методов лечения хронического геморроя.

**Редакционная коллегия журнала
«Колопроктология»**