

УДК 616.147.17-007.64-036.12-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ IV СТАДИИ

Ш.Д. Авазканова

Приводятся результаты лечения хронического геморроя IV стадии.

Ключевые слова: хронический геморрой; геморроидэктомия; Уайтхед; модификация.

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC HEMORROIDS OF THE IV STAGE

Sh.D. Avazkanova

It is given the results of treatment of chronic hemorrhoids of the IV stage.

Key words: chronic colonic hemorrhoids; hemorrhoidectomy; Whitehead; modification.

Актуальность. Геморрой все еще остается наиболее частым заболеванием человека. Его распространенность достаточно высока и составляет 118–120 человек на 1000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний находится в пределах 34–41 % [1, 2].

В основе геморроя лежит патология кавернозных образований подслизистого слоя дистальной части прямой кишки, заложенных в процессе нормального эмбриогенеза [3, 4].

Ведущими в патогенезе геморроя являются гемодинамические и мышечно-дистрофические факторы. В основе первого лежит дисфункция сосудов, приводящая к усиленному притоку артериальной крови и уменьшению оттока по кавернозным венам, что приводит к увеличению размеров кавернозных телец и развитию геморроидальных узлов. Вторым ведущим фактором является развитие дистрофических процессов в продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, расположенной в межсфинктерном пространстве анального канала. Эти структуры образуют фиброзно-мышечный каркас внутренних геморроидальных узлов и удерживают их в анальном канале выше аноректальной линии [5]. Под действием неблагоприятных факторов происходит увеличение размеров геморроидальных узлов, их смещение в дистальном направлении и, в конечном итоге, выпадение из анального канала. В основном эти нарушения происходят в группе высокого риска, к которой относятся люди сидячих профессий, занимающиеся тяжелым физическим трудом,

страдающие запорами, [6]. В зависимости от степени увеличения геморроидальных узлов и развития дистрофических процессов в удерживающем фиброзно-мышечном каркасе выделяют 4 стадии заболевания [7].

При I–II стадиях хронического геморроя проводят консервативную терапию, малоинвазивные методы лечения, а при III–IV стадиях – хирургическое вмешательство (геморроидэктомия).

В большинстве стран Европы и в Америке типичную геморроидэктомию в настоящее время выполняют лишь у 17–21 % пациентов, а у остальных применяют малоинвазивные способы лечения [8–10]. В то же время в странах СНГ наиболее распространенным способом лечения хронического геморроя является геморроидэктомия, выполняемая у 75 % пациентов, а малоинвазивные способы применяют лишь у 3 % больных [1, 2, 4, 6].

Для лечения геморроя предложены различные методы хирургического вмешательства. Все методики хирургического лечения геморроя можно разделить на несколько групп. К первой, наиболее распространенной во всем мире группе, относятся операции, направленные на иссечение трех основных коллекторов кавернозной ткани прямой кишки, являющихся геморроидальными узлами. Такая операция в 1937 г. впервые была предложена E. Milligan, G. Morgan [2, 6, 7]. По мере накопления опыта геморроидэктомия по Миллигану – Моргану претерпела ряд изменений. Ко второй группе относятся так называемые пластические операции. Такую операцию в 1956 г. предложил A. Parks

и назвал ее подслизистой геморроидэктомией [10]. К третьей группе операций геморроидэктомии относится предложенная в 1882 г. W. Whitehead сверхрадикальная операция циркулярного иссечения слизистой оболочки прямой кишки вместе с геморроидальными узлами [1, 6, 7].

Несмотря на то, что имеются различные методики геморроидэктомии, процент осложнений после иссечения геморроидальных узлов все еще высок [1, 2]. Этим же объясняется интенсивный поиск новых вариантов и модификаций операций при геморрое. В связи с этим проблему хирургического лечения геморроя нельзя считать решенной. Учитывая вышеизложенное, а также то, что у большинства больных с хроническим геморроем IV стадии наблюдаются запущенные случаи данного заболевания, геморроидальные узлы на 3-7-11 часах по циферблату четко не контурируются, внутренние геморроидальные узлы, выпадая из анального канала, сливаются с наружными геморроидальными узлами. При этом гиперплазированная кавернозная ткань распространяется по периметру анального канала. Исходя из вышеизложенного, мы разработали модификацию операций W. Whitehead.

Цель исследования – улучшить результаты лечения хронического геморроя IV стадии путем усовершенствования методики геморроидэктомии по Уайтхеду.

Задачи исследования:

1. Усовершенствовать методику геморроидэктомии по Уайтхеду.
2. Разработать показания к применению усовершенствованной методики геморроидэктомии.
3. На основе сравнительного анализа двух способов хирургического лечения хронического геморроя IV стадии определить эффективность применения усовершенствованной методики геморроидэктомии.

Материал и методы исследования. В 2011–2013 гг. в отделении колопроктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики на лечении с хроническим геморроем IV стадии находились 345 больных. Проведен сравнительный анализ эффективности различных методов оперативного лечения хронического геморроя IV стадии. С этой целью больные были разделены на две клинические группы. Первая – основная – группа состояла из 170 (49,2 %) больных, оперированных по предложенной нами усовершенствованной методике. Во вторую – контрольную – группу вошли 175 (50,8 %) пациентов, оперированных по методу Уайтхеда.

Мужчин было 216 (62,6 %), а женщин – 119 (37,4 %). Больные были в возрасте от 38 до 72

лет. Всем больным осуществляли общеклинические и инструментальные методы исследования. У больных собирали подробный анамнез заболевания, выясняли, в каких условиях они живут, проводили объективный осмотр.

Первым в ряду специальных исследований стоит осмотр перианальной области, а затем пальцевое исследование прямой кишки, осмотр анального канала ректальным зеркалом и ректороманоскопией. При необходимости осуществляли ирригоскопию, колоноскопию, сфинктерометрию. Всем больным проводилось гистологическое исследование иссеченных геморроидальных узлов.

Результаты лечения и их обсуждение. Нами изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения хронического геморроя IV стадии различными методиками.

При сравнительной оценке ближайших результатов хирургического лечения 345 больных с хроническим геморроем IV стадии, разделенных на две группы в зависимости от характера оперативного вмешательства, нами были использованы такие критерии, как выраженность и длительность местного болевого синдрома, кровотечения различной выраженности, сроки пребывания больных в стационаре.

У больных основной группы по сравнению с больными контрольной группы болевой синдром был менее выражен, особенно во время дефекации. Болевой синдром наблюдался у 53 (31,2 %) больных основной группы и 89 (56,8 %) пациентов контрольной группы.

Сравнение показателей развития кровотечения в послеоперационном периоде свидетельствует в пользу модифицированной методики геморроидэктомии. Так у 3 (1,7 %) больных контрольной группы в ближайшие сутки после операции отмечено кровотечение из ран анального канала, а среди пациентов основной группы такое осложнение не наблюдалось.

Больные основной группы после операции в стационаре находились в среднем $7,1 \pm 1,1$ койко-дня, а пациенты контрольной группы – $9,2 \pm 1,3$ койко-дня. Сокращение сроков стационарного лечения на два и более койко-дня без какого-либо ущерба для здоровья оперированных больных дает немалую экономию средств.

Изучены отдаленные результаты хирургического лечения хронического геморроя IV стадии у 116 (68,2 %) больных основной группы и у 124 (78,6 %) пациентов контрольной группы в сроки от 6 месяцев до одного года. При этом мы выяснили наличие у больных таких осложнений, как боль при дефекации, стриктура анального канала, анальные трещины, незначительные кровоте-

ния при дефекации. Так, боли при дефекации отмечали у 9 (5,2 %) пациентов контрольной группы и у 3 (1,8 %) больных основной группы. Стриктура анального канала выявлена у 3 (1,7 %) больных контрольной группы и у 1 (0,6 %) пациента основной группы. Анальная трещина диагностирована у 5 (2,8 %) больных контрольной группы и у 2 (1,1 %) пациентов основной группы. На незначительное кровотечение жаловались 6 (3,4 %) больных контрольной группы и 3 (1,7 %) пациента основной группы. Вышеизложенное показывает преимущество предложенного нами усовершенствованного метода геморроидэктомии как в ближайшем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки.

Из вышеизложенного следует, что показанием к применению усовершенствованного метода геморроидэктомии является хронический геморрой IV стадии, когда геморроидальные узлы занимают весь периметр анального канала.

Выводы

1. Усовершенствована методика геморроидэктомии по Уайтхеду.

2. Разработаны показания к применению усовершенствованной методики геморроидэктомии.

3. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя IV стадии различными методами показал преимущества предложенной нами усовершенствованной методики геморроидэктомии в виде сокращения сроков

стационарного лечения, снижения частоты осложнений в ближайшем послеоперационном и отдаленном периодах.

Литература

1. *Воробьев Г.И.* Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. М.: Изд-во ООО «Митра-Пресс», 2002. 192 с.
2. *Ривкин В.Л.* Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.
3. *Дацун И.Г.* Роль гломусных шунтов аноректальных кавернозных телец в механизме развития геморроя / И.Г. Дацун, Е.П. Мельман // Архив патологии. 1992. Т. 54. № 8. С. 28–31.
4. *Ривкин В.Л.* Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала / В.Л. Ривкин, Ю.В. Дульцев, Л.Л. Капуллер. М.: Медицина, 1994. 239 с.
5. *Ривкин В.Л.* Геморрой / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер. М.: Медицина, 1976. 159 с.
6. *Федоров В.Д.* Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1984. 383 с.
7. *Рыжих А.Н.* Атлас операций на прямой и толстой кишках / А.Н. Рыжих. 2-е изд. М.: Медучпособие, 1968. 385 с.
8. *Cormann M.L.* Colon and rectal surgery. Fourth Edition / M.L. Cormann. Philadelphia – New-York.: Lippincot-Raven, 1998. 1423 p.
9. *Nieger A.* Atlas of practical coloproctology / A. Nieger. Toronto, 1990. 289 p.
10. *Parks A.G.* Surgical treatment of hemorrhoids / A.G. Parks. Br. J. Surg. 1956. Vol. 43. P. 334–351.