

УДК 616.147.17-007.64-036.12-089

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ IV СТАДИИ

А.М. Мадаминов, Ш.Д. Авазканова

Описаны результаты лечения хронического геморроя IV стадии.

Ключевые слова: хронический геморрой; геморроидэктомия; модификация; анальный канал.

IMPROVED METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC HEMORROIDS IV STAGE

A.M. Madaminov, Sh.D. Avazkanova

It is considered the results of surgical treatment of chronic hemorrhoids.

Keywords: chronic hemorrhoids; hemorrhoidectomy; modification; the anal canal.

Актуальность. Геморрой – одно из самых распространенных хирургических заболеваний человека. Термин «геморрой» встречается уже в трудах Гиппократов, и в переводе с греческого означает «кровотечение», отражая лишь наиболее яркий признак болезни [1–3].

Геморроем страдают более 10 % взрослого населения, а его удельный вес среди болезней прямой кишки составляет около 40 % [2, 3].

Геморроидальный узел представляет собой гиперпластическое изменение кавернозной ткани прямой кишки, обусловленное усиленным притоком артериальной крови в кавернозные тельца по улитковым артериями с затрудненным оттоком ее по отводящим венам. Улитковые артерии, расположенные в стенках кавернозных вен и трабекулах кавернозных лакун, впадают в кавернозные тельца, не распадаясь на капилляры. Наличие кавернозной ткани прямой кишки является нормальным состоянием. Она закладывается на 7–8-й неделе эмбрионального развития в дистальном отделе прямой кишки в подслизистом слое и под кожей в области заднепроходного отверстия. В большинстве случаев кавернозные тельца образуют группы, локализующиеся на 3, 7 и 11 часах (в положении тела на спине), соответственно расположению сосудов. Реже они располагаются диффузно, не образуя групп [4–6]. Из кавернозных телец, расположенных в подслизистом слое, образуются внутренние геморроидальные узлы. При повреждении стенки

пещеристого тельца, заполняющегося кровью непосредственно из артериального русла, выделяется алая кровь. Наружные геморроидальные узлы образуются из венозно-артериального сплетения нижних геморроидальных сосудов, равномерно распределяющихся под перианальной кожей вокруг заднего прохода. В связи с этим четкая локализация наружных геморроидальных узлов отсутствует. Между внутренними и наружными геморроидальными узлами находится фиброзная перемычка, разделяющая их [4–6].

Геморрой имеет две основные формы – острую и хроническую. Острый геморрой имеет три степени тяжести, а хронический геморрой подразделен на четыре стадии [2, 7].

Выбор способа лечения хронического геморроя зависит от его стадии. В начальных стадиях хронического геморроя применяют консервативные и малоинвазивные методы лечения, а на поздних стадиях заболевания выполняют операцию, направленную на радикальное удаление трех основных коллекторов кавернозной ткани, являющихся основой геморроидальных узлов. В настоящее время применяют три вида операции: открытую, закрытую и подслизистую геморроидэктомию. В последние годы многие клиники применяют малотравматичную операцию Лонго [2].

У большинства больных с хроническим геморроем IV стадии наблюдаются запущенные случаи данного заболевания. У этих больных геморрои-

дальные узлы на 3, 7 и 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 всему периметру анального канала [8]. При таких случаях не всегда возможно выполнить геморроидэктомию по методу Миллигана – Моргана во второй модификации Государственного научного центра колопроктологии МЗ РФ. В связи с этим нами разработана усовершенствованная методика геморроидэктомии.

Цель исследования – путем усовершенствования закрытой методики геморроидэктомии улучшить результаты хирургического лечения хронического геморроя IV стадии.

Задачи исследования:

1. Усовершенствовать методику закрытой геморроидэктомии.
2. Определить показания к применению усовершенствованной методики геморроидэктомии.
3. Оценить эффективность применения усовершенствованной методики геморроидэктомии путем сравнительного анализа двух способов хирургического лечения хронического геморроя IV стадии.

Материал и методы исследования. За последние пять лет в отделении колопроктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики на лечении находились 926 больных с хроническим геморроем IV стадии, у этих больных внутренние и наружные геморроидальные узлы, сливаясь между собой, занимали всю окружность заднепроходного отверстия. Возраст больных был от 35 до 68 лет. Мужчин было 617 (66,6 %), а женщин 309 (33,4 %). У этих больных в анамнезе имелись такие производящие факторы, как тяжелый физический труд, длительная работа в сидячем или стоячем положении, злоупотребление алкоголем и острой пищей, хронические запоры, у женщин – многократная беременность. Все это привело к нарушению оттока крови из кавернозных телец прямой кишки и к их расширению. У больных при поступлении в стационар были жалобы на постоянные выпадения геморроидальных узлов и появление крови при дефекации.

Всем больным производилось обследование по общепринятым методикам. Особое внимание уделяли специальным методам исследования. При осмотре больного в коленно-локтевом положении или на спине на гинекологическом кресле выявлялись выраженные выпавшие кнаружи внутренние геморроидальные узлы, которые, сливаясь с наружными геморроидальными узлами, занимали всю окружность заднепроходного отверстия.

При обязательном пальцевом исследовании прямой кишки определяли консистенцию геморроидальных узлов, тонус анального сфинктера.

При осмотре ректальным зеркалом и ректороманоскопии оценивались состояние слизистой оболочки прямой кишки, выявлялись сопутствующие заболевания прямой кишки. При необходимости осуществляли ирригоскопию и колоноскопию.

Результаты лечения и их обсуждение. Всех больных с хроническим геморроем IV стадии, находившихся за последние пять лет в отделении колопроктологии Национального госпиталя, разделили в зависимости от характера оперативного лечения. В первую группу вошли 469 (50,7 %) больных, составившие контрольную группу, которые были оперированы по традиционной методике Миллигана – Моргана во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. Данная операция заключалась в следующем: после обработки операционного поля и дивульсии анального сфинктера ректальным зеркалом геморроидальные узлы, расположенные на 3, 7 и 11 часах, захватывали зажимами Люэра, затем сосудистую ножку каждого геморроидального узла прошивали и перевязывали рассасывающимися нитями, после геморроидальных узлов иссекали поочередно, а ложе геморроидальных узлов ушивали рассасывающимися нитями наглухо. В прямую кишку вставляли турунду с мазью «Левомеколь» и газоотводную трубку, сверху накладывали Т-образную повязку.

Во вторую, основную, группу были включены 457 (49,3 %) больных, которые были оперированы по предложенной нами усовершенствованной методике. Предложенная нами усовершенствованная методика заключалась в следующем: после обработки операционного поля и насильственного растяжения анального сфинктера ректальным зеркалом дважды прошивали и перевязывали сосудистые ножки внутренних геморроидальных узлов рассасывающимся шовным материалом. Затем внутренние и наружные геморроидальные узлы иссекали циркулярно, по всей окружности заднепроходного отверстия, ушивая рану рассасывающимися нитями. При этом максимально сохраняли неизмененные участки слизистой оболочки анального канала и кожи перианальной области. Операцию заканчивали введением в анальный канал турунды с мазью «Левомеколь» и газоотводной трубки, сверху накладывали Т-образную повязку. В послеоперационном периоде больные обеих групп получали обезболивающее, им ежедневно осуществляли перевязки.

После изучения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения 926 больных с хроническим геморроем IV стадии, разделенных

на две группы в зависимости от характера оперативного вмешательства, нами были использованы такие критерии, как выраженность болевого синдрома, кровотечения различной выраженности, развитие стриктур анального канала и сроки пребывания пациентов в стационаре. Выраженность местного болевого синдрома в послеоперационном периоде была различной в основной и контрольной группах. В контрольной группе выраженный болевой синдром наблюдался у 192 (40,9 %) больных, а в основной группе такой синдром отмечали у 176 (38,5 %) пациентов.

В послеоперационном периоде у 3 (0,6 %) больных контрольной группы из-за соскальзывания лигатуры из культи сосудистой ножки геморроидального узла на 11 часах по циферблату наблюдалось кровотечение. Эти больные повторно были взяты на операционный стол и кровотечение остановлено наложением дополнительных швов. Среди больных основной группы такого кровотечения не было. Это видимо объясняется двухрядным ушиванием сосудистых ножек геморроидальных узлов, а также дополнительным ушиванием культи сосудистых ножек иссеченных геморроидальных узлов к краю кожных ран перианальной области. Выделение крови из прямой кишки после первой перевязки в незначительном количестве наблюдалось у 10 (2,4 %) больных основной группы и у 32 (6,8 %) пациентов контрольной.

Длительность пребывания больных на стационарном лечении существенно отличалось в основной и контрольной группах. Так, больные основной группы на стационарном лечении находились в среднем $6,8 \pm 1,2$ койко-дня, а пациенты контрольной группы – $8,9 \pm 1,1$ койко-дня.

Также изучены отдаленные результаты хирургического лечения хронического геморроя IV стадии в сравнительном аспекте. Отдаленные сроки лечения прослежены у 250 (54,7 %) больных основной группы и 270 (57,6 %) пациентов контрольной группы в сроки от 6 до 2 лет. В отдаленные сроки 42 (9 %) больных контрольной группы отмечали незначительные боли при дефекации, такое явление отмечали 11 (2,4 %) пациентов основной группы. Стриктура анального канала среди больных контрольной группы наблюдалась у 4 (1,5 %), а в основной группе – у 1 (0,4 %) пациента. Мы думаем, что это было связано с наличием менее грубых рубцов в анальной области из-за экономного иссечения вместе с внутренними и наружными геморроидальными узлами слизистой оболочки анального канала и кожей перианальной области.

Вышеизложенное показывает, что предложенная нами усовершенствованная методика геморроидэктомии снижает количество послеоперационных осложнений и обеспечивает более благоприятное течение послеоперационного периода. Показанием к применению усовершенствованной нами методики геморроидэктомии является хронический геморрой IV стадии, когда внутренние геморроидальные узлы, выпадая из анального канала, сливаются с наружными геморроидальными узлами и занимают всю окружность анального отверстия.

Выводы

1. Усовершенствована методика закрытой геморроидэктомии.
2. Разработаны показания к применению усовершенствованной методики геморроидэктомии.
3. Проведенный сравнительный анализ двух методик геморроидэктомии показал преимущество усовершенствованной методики оперативного вмешательства в виде сокращения количества осложнений в послеоперационном периоде и длительности пребывания пациентов в стационаре.

Литература

1. *Аминев А.М.* Руководство по проктологии / А.М. Аминев. Куйбышев: Кн. изд-во, 1971. Т. 2. 532 с.
2. *Воробьев Г.И.* Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный. М.: Изд-во ООО «Митра-Пресс», 2002. 192 с.
3. *Федоров В.Д.* Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1984. 383 с.
4. *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.
5. *Капуллер Л.Л.* Кавернозные структуры прямой кишки и их роль в возникновении геморроя: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л.Л. Капуллер. М., 1974. 25 с.
6. *Мельман Е.П.* Функциональная морфология прямой кишки и структурные основы патогенеза геморроя / Е.П. Мельман, И.Г. Дацун. М.: Медицина, 1986. 176 с.
7. *Ривкин В.Л.* Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала / В.Л. Ривкин, Ю.В. Дульцев, Л.Л. Капуллер. М.: Медицина, 1994. 239 с.
8. *Мухашавриа Г.А.* Подход к проблеме предотвращения геморроидальной болезни / Г.А. Мухашавриа, М.А. Карабаки // Проблемы колопроктологии. Вып.18. М.: ГНЦ Колопроктологии МЗ РФ, 2002. С. 190–193.