

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

А.М. Мадаминов, Р.Н. Люхуров

Приводятся результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной различными методами.

Ключевые слова: прямая кишка; хронический геморрой; анальная трещина; геморроидэктомия; иссечение анальной трещины.

Актуальность. По данным многих авторов, удельный вес больных, имеющих два-три заболевания прямой кишки, составляет 20–30 % и при этом отмечается тенденция к их росту [1–4].

Вопросы хирургического лечения сочетанных заболеваний прямой кишки, их ближайших и отда-

ленных результатов, возможных осложнений и рецидива болезни актуальны и в настоящее время, что требует особого подхода к выбору хирургического лечения сочетанных патологий прямой кишки [3, 5, 6].

При хирургическом лечении сочетанных заболеваний прямой кишки встает вопрос: разделить

хирургическое вмешательство на два этапа или произвести одновременную хирургическую коррекцию имеющейся сочетанной патологии [7, 8].

В последние годы наметился рост интереса хирургов к сочетанным операциям, которые избавляют больного от повторного оперативного вмешательства, приносят экономический, а также психологический эффект [3, 8]. Следует заметить, что если одни авторы [4, 7, 8] указывают на необходимость расширения показаний к таким операциям, отмечая их положительные стороны, то другие [2, 5] подходят к таким операциям очень осторожно, обосновывая свои взгляды высоким процентом осложнений. Они указывают на то, что такие операции должны выполняться хирургами высокой квалификации по строгим показаниям.

Отсутствие четко сформулированных показаний и противопоказаний к симультанным операциям при некоторых сочетанных заболеваниях прямой кишки, в частности при сочетании хронического геморроя III–IV стадии с анальной трещиной явилось основанием для выполнения данной работы.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с анальной трещиной.

Задачи исследования:

1. Определить частоту встречаемости хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с анальной трещиной по материалам отделения проктологии НГ при МЗКР.

2. Разработать методику ушивания раны, остающейся после иссечения анальной трещины, во время выполнения симультанной операции по поводу хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с анальной трещиной.

3. Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с анальной трещиной различными методами.

Материал и методы исследования. В отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики за последние 7 лет на лечении находились 8728 больных с различными заболеваниями прямой кишки. Среди них с сочетанной патологией прямой кишки было 1026 (11,7 %) пациентов, из которых у 615 (59,9 %) пациентов наблюдалось сочетание геморроя с анальной трещиной, у 204 (19,9 %) – геморрой в сочетании с хроническим парапроктитом, у 110 (10,7 %) – геморрой в сочетании с острым парапроктитом, у 97 (9,5 %) – анальная трещина с хроническим парапроктитом.

В данной работе нами изучены результаты обследования и хирургического лечения 615 (59,9 %) больных с хроническим геморроем в сочетании с анальной трещиной, разделенных на две клинические группы.

В первую, основную группу включены 307 (49,9 %) больных, которым произведена симультанная операция – геморроидэктомия по Миллигану – Моргану во второй модификации НИИ проктологии МЗ РФ с иссечением анальной трещины после насильственного растяжения анального сфинктера ректальным зеркалом. Рана, остающаяся после иссечения анальной трещины, ушивалась в поперечном направлении.

Во вторую, контрольную группу включены 308 (50,1 %) пациентов, которым произведена операция геморроидэктомия по Миллигану – Моргану во второй модификации НИИ проктологии МЗ РФ с иссечением анальной трещины по Габриэлю. Рана после иссечения анальной трещины оставалась открытой. Кроме того, этим больным производилась задняя или боковая дозированная сфинктеротомия.

Сравнительная оценка результатов проведенного лечения выполнялась между этими двумя группами. Больные обеих групп по полу, возрасту и основным клиническим проявлениям заболевания были идентичными.

Из 615 больных с хроническим геморроем в сочетании с анальной трещиной большинство составили женщины – 385 (62,6 %), мужчин было 230 (37,4 %).

Возраст пациентов колебался от 19 до 68 лет. Средний возраст составлял $43 \pm 1,2$ года.

Анамнез заболевания составлял от 6 месяцев до 10 и более лет. Все пациенты при поступлении в стационар жаловались на выпадение геморроидальных узлов, появление крови и боли во время дефекации.

Оценка структурных изменений и функционального состояния запирающего аппарата проводилось на основании объективных клинических данных, аноскопии, ректальной термометрии, сфинктерометрии, эндоректальной ультрасонографии и результатов амбулаторного наблюдения оперированных пациентов.

Отдаленные сроки лечения изучены в сроки от 6 до 24 месяцев, при этом контрольные осмотры с функциональным исследованием запирающего аппарата проводились в сроки 4 и 8 недель после заживления послеоперационных ран.

Результаты лечения и их обсуждение. Все 615 больных наряду с выраженными внутренними геморроидальными узлами, выпадающими снару-

жи при дефекации, имели хроническую анальную трещину. При этом у 538 (87,3 %) больных, анальная трещина располагалась на 6-ти часах при положении больного на спине, т. е. имелась задняя анальная трещина, у 67 (10,9 %) пациентов анальная трещина располагалась на 12 часах, т. е. была передняя анальная трещина. Сочетание двух трещин, располагавшихся на передней и задней стенках анального канала отмечено в 10 (1,8 %) наблюдениях.

Нами были изучены непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с анальной трещиной.

При этом было отмечено, что у больных, перенесших геморроидэктомию по Миллигану – Моргану во второй модификации НИИ проктологии МЗ РФ с иссечением анальной трещины по Габриэлю с оставлением раны открытой с осуществлением боковой или задней дозированной сфинктеротомии в ближайшем послеоперационном периоде было больше осложнений по сравнению с предложенной и примененной нами усовершенствованной методикой геморроидэктомии с иссечением анальной трещины по Габриэлю с ушиванием раны в поперечном направлении после насильственного растяжения анального сфинктера ректальным зеркалом.

В основной группе наблюдения был менее выражен болевой синдром, особенно во время дефекации. Если в контрольной группе острый болевой синдром наблюдался у 211 (68,4 %) больных, то у пациентов основной группы этот синдром наблюдался у 114 (37,1 %). Это объясняется меньшей выраженностью в ранах анального канала местного воспалительного процесса в послеоперационном периоде. Этот факт подтверждается данными термометрии анального канала на 3-и, 5-е и 7-е сутки после операции, которая проведена у 162 (52,8 %) пациентов основной и у 163 (52,9 %) больных контрольной групп. Нами было выявлено, что средние показатели термометрии в анальном канале на 3-и, 5-е и 7-е сутки после операции в основной группе составили $32,7 \pm 0,1$; $37,3 \pm 0,2$; $37,1 \pm 0,1$, а в контрольной группе эти показатели были несколько выше: $37,2 \pm 0,2$; $37,7 \pm 0,3$; $37,4 \pm 0,1$.

Выделение крови после первой перевязки в небольшом количестве наблюдались у 109 (35,4 %) больных контрольной группы и у 17 (5,5 %) пациентов основной. Причина этой разницы, по-видимому, в отсутствии открытой раны в анальном канале у больных основной группы.

В ближайшем послеоперационном периоде, на 3–4-е сутки после операции, затруднение при дефекации отмечали 117 (37,9 %) больных конт-

рольной группы, а в основной группе такое явление наблюдалось у 35 (11,4 %) пациентов. Это объясняется интенсивностью местного воспалительного процесса во время заживления ран анального канала.

В послеоперационном периоде у 23 (7,4 %) больных контрольной группы и у 5 (1,6 %) пациентов основной группы наблюдалась рефлекторная задержка мочеиспускания.

Пребывание больных на стационарном лечении существенно отличалось в контрольной и основной группах.

Так, больные основной группы на койке находились в среднем $7,3 \pm 1,2$ койко-дня, а пациенты контрольной группы $9,5 \pm 1,09$ койко-дня.

Сокращение пребывания больных на стационарном лечении на два и более койко-дня без какого-либо ущерба для здоровья оперированных больных дает ощутимый экономический эффект.

Изучены также отдаленные результаты лечения. Отдаленные результаты лечения прослежены у 214 (69,7 %) больных основной группы и у 217 (70,2 %) пациентов контрольной.

Изучение отдаленных результатов лечения также показало преимущество предложенной нами методики хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с анальной трещиной.

Так, боли при дефекации отмечали 25 (8,1 %) пациентов контрольной группы, а среди больных основной группы такое явление наблюдалось у 7-х (2,3 %).

Это связано с наличием менее грубых рубцов в аноректальной области из-за экономного иссечения слизистой оболочки анального канала и кожи перианальной области вместе с геморроидальными узлами и анальной трещиной с ушиванием всех ран наглухо.

Эти же факторы служат причинами развития или отсутствия стриктуры анального канала. Так, среди больных контрольной группы стриктура анального канала наблюдалась у 11 (3,6 %), а в основной группе у 3 (0,98 %) пациентов. На незначительные кровотечения после дефекации жаловались 21 (6,8 %) больной контрольной группы и 4 (1,3 %) пациента основной.

Таким образом, вышеизложенное указывает на преимущество предложенной нами усовершенствованной методики хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с анальной трещиной.

Выводы

1. По материалам отделения проктологии НГ МЗ КР, хронический геморрой в сочетании

с хронической анальной трещиной встречался в 7 % наблюдений.

2. Разработана методика ушивания раны, остающейся после иссечения анальной трещины.

3. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя в сочетании с хронической анальной трещиной различными методами показал преимущество предложенной нами усовершенствованной методики оперативного вмешательства в виде сокращения сроков стационарного лечения на два койко-дня, снижение частоты осложнений в ближайшем послеоперационном и отдаленном периодах.

Литература

1. *Аминев А.М.* Руководство по проктологии / А.М. Аминев. Куйбышев, 1971. Т. 2. 532 с.
2. *Акопян Э.Б.* Улучшение результатов лечения больных геморроем, анальными трещинами, острым и хроническим парапроктитом / Э.Б. Акопян, А.Б. Саакян, Г.М. Геворкян // Сб. "Проблемы колопроктологии". М., 1998. Вып. 16. С. 13–15.
3. *Кулжабаев Т.* Сочетание геморроя и анальной трещины. Диагностика и лечение / Т. Кулжабаев // Сб. "Актуальные проблемы колопроктологии". Волгоград, 1997. С. 74–77.
4. *Ривкин В.Л.* Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1994. С. 98–117.
5. *Генри М.* Колопроктология и тазовое дно / М. Генри, М. Свош. М., Медицина, 1988. С. 98–117.
6. *Ривкин В.Л.* Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.
7. *Маховский В.З.* Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии / В.З. Маховский, Б.Т. Аванесов, Л.А. Мадагов // Хирургия. 2002. № 7. С. 41–46.
8. *Седлецкий Ю.И.* Отдаленные результаты сочетанных операций и их экономическая эффективность / Ю.И. Седлецкий, Ш.Х. Ганцев, Э.Н. Признаков // Вестник хирургии. 1991. № 4. С. 135–137.