

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ, ОСЛОЖНЕННОГО АНЕМИЕЙ

А.М. Мадаминов, Дж.Н. Нурманбетов, А.А. Субанов, Т.Ж. Осмонов

Представлены результаты хирургического лечения больных, оперированных по Уайтхеду, в сравнении с модифицированным способом.

Ключевые слова: хронический геморрой; анемия; геморроидэктомия.

Актуальность проблемы. Среди колопроктологических болезней самым распространенным заболеванием является геморрой, которым страдает около 10 % взрослого населения [1, 2]. Основным симптомом этого заболевания является выделение крови при акте дефекации. По данным разных авторов, частота подобных пациентов в общей массе больных с геморроем колеблется от 15 до 89 %.

Сам термин “геморрой” обозначает “кровотечение”. У части больных с геморроем отмечается профузное ректальное кровотечение, приводящее к быстрой анемии [3]. Профузные геморроидальные кровотечения возникают у больных разного пола и возраста и при разной длительности и формах геморроя. Такие больные попадают в клинику в порядке скорой помощи и им под контролем гемоглобина и гематокрита осуществляется гемостатическая терапия и перевязка геморроидальных узлов [3]. Более обширную группу составляют пациенты с разными интервалами, теряющие небольшое количество крови на протяжении длительного времени, что рано или поздно вызывает у них хроническую гипохромную анемию [4]. Таким больным проводится гемостатическая терапия, переливается

эритроцитарная масса, назначаются препараты железа.

Оперативное вмешательство по ликвидации геморроя выполняется в наиболее оптимальных условиях: при концентрации гемоглобина свыше 100 г/л и нормальных показателях числа эритроцитов, гематокрита.

У таких больных в 70–75 % случаях осуществляется операция геморроидэктомии по Миллигану–Моргану, а в 20–25 % случаев операция циркулярного иссечения слизистой оболочки прямой кишки вместе с геморроидальными узлами.

У большинства больных с хроническим геморроем, осложненным анемией, наблюдаются запущенные случаи данного заболевания. У этих больных геморроидальные узлы на 3–7–11-и 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. В таких случаях единственным путем радикального лечения может быть циркулярное иссечение геморроидальных узлов [5].

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения геморроя, осложненного анемией.

Задачи исследования

1. Усовершенствовать метод циркулярной геморроидэктомии по Уайтхеду.

2. Разработать показания к применению усовершенствованной методики геморроидэктомии.

3. На основе сравнительного анализа двух способов хирургического лечения геморроя определить эффективность усовершенствованной методики геморроидэктомии.

Материал и методы исследования. В хирургическом отделении Ошской объединенной областной клинической больницы на стационарном лечении в 2008–2010 гг. находилось 186 больных с хроническим геморроем IV стадии, осложненным анемией.

В зависимости от методов хирургического лечения хронического геморроя IV стадии, осложненного анемией, пациенты были разделены на две группы. В первую основную вошли 94 (50,5 %) больных, оперированных по предложенной нами методике. Во вторую, контрольную, группу включено 92 (49,5 %) больных, которым произведена циркулярная геморроидэктомия по Уайтхеду в классическом варианте. Среди больных мужчин было 108 (58 %), женщин 78 (42 %). Возраст большинства больных – 150 (80,6 %) человек – составил от 31 до 50 лет. Длительность заболевания у больных составила пять и более лет. Учитывая, что у больных имелась анемия, с целью уменьшения кровопотери во время операции нами была усовершенствована операция по Уайтхеду.

Предложенный нами усовершенствованный метод геморроидэктомии заключался в следующем: под сакральной анестезией после обработки операционного поля производили дивульсию анального жома, затем единым блоком основания внутренних и наружных геморроидальных узлов прошивали П-образными швами по всей окружности заднепроходного отверстия, после чего все геморроидальные узлы иссекали.

Для обследования больных, кроме общеклинических, были проведены инструментальные исследования, а также использованы специальные методики. Исследование пациентов мы начинали с тщательного сбора жалоб, выяснения анамнеза болезни и жизни, осмотра пациента. Из специальных методов исследования осуществляли пальцевое исследование прямой кишки

и ректороманоскопию. Всем больным осуществляли общий анализ крови. Для выявления картины свертывающей системы крови были исследованы протромбиновый индекс, количество тромбоцитов и время свертывания крови по Морвицу.

В послеоперационном периоде для выяснения интенсивности местного воспалительного процесса в области послеоперационных ран у 100 (53,1 %) больных проводилась ректальная термометрия на 3-и, 6-е и 9-е сутки.

Результаты лечения и их обсуждение. Сравнительная оценка эффективности проведенного лечения выполнялась между геморроидэктомией по Уайтхеду и предложенной нами усовершенствованной методикой оперативного лечения хронического геморроя IV стадии, осложненного анемией. При изучении результатов хирургического лечения у разделенных на две группы 186 больных с хроническим геморроем IV стадии, осложненным анемией, нами были использованы такие критерии, как кровопотеря во время операции, выраженность и длительность местного болевого синдрома, результаты ректальной термометрии, развитие стриктур анального канала, сроки пребывания больных в стационаре.

Кровопотеря во время операции по Уайтхеду была достаточно ощутимой – от 100 до 200 мл, а при операции по усовершенствованной нами методике – максимум до 20 мл. Выраженность и длительность местного болевого синдрома в послеоперационном периоде, особенно во время акта дефекации, была различной в основной и контрольной группах. Если в контрольной группе острый болевой синдром наблюдался у 72 (79,4 %) больных, а у пациентов основной группы этот синдром наблюдался у 25 (26,6 %). Это объясняется меньшей выраженностью воспалительного процесса в послеоперационных ранах. Этот факт подтверждается данными термометрии анального канала на 3-и, 6-е и 9-е сутки после операции, которая проведена 50 (53,2 %) пациентам основной и 50 (54,3 %) контрольной групп. Нами было выявлено, что средние показатели термометрии в анальном канале на 3-и, 6-е и 9-е сутки после операции в основной группе составили $37,2^\circ \pm 0,1$; $37,3^\circ \pm 0,2$; $37,1^\circ \pm 0,1$, а в контрольной группе эти показатели были несколько выше $37,2^\circ \pm 0,2$; $37,7^\circ \pm 0,3$; $37,4^\circ \pm 0,1$ соответственно.

Длительность пребывания больных на стационарном лечении существенно отличалась в контрольной и основной группах. Больные

основной группы на койке в среднем находились $9,9 \pm 1,2$ койко-дня, а пациенты контрольной группы – $11,9 \pm 1,09$ койко-дня. Изучены отдаленные результаты лечения в сравнительном аспекте. Отдаленные результаты лечения прослежены у 80 (85,1 %) больных основной и у 75 (81,5 %) пациентов контрольной групп в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Среди больных контрольной группы стриктура анального канала наблюдалась у 7 (9,1 %) пациентов, а в основной группе – у 1 (1,2 %). Это, по-видимому, было 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.

Таким образом, сравнительный анализ результатов хирургического лечения геморроя у больных основной и контрольной групп свидетельствует о том, что предложенная нами методика геморроидэктомии позволяет снизить кровопотерю во время операции до минимума, обеспечивая более благоприятный послеоперационный период, значительно сокращает сроки стационарного лечения больных. До минимума снижается число различных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

Исходя из этого следует, что показанием к усовершенствованной нами методике операции геморроидэктомии является хронический геморрой IV стадии, осложненный анемией.

Выводы

1. Усовершенствован метод геморроидэктомии по Уайтхеду.
2. Разработаны показания к применению усовершенствованной методики геморроидэктомии.
3. Сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов усовершенствованной методики геморроидэктомии показал преимущества этого способа по сравнению с операцией Уайтхеда.

Литература

1. Проценко В. М., Егоркин М. А. Алекперов Э. Э. Тактика лечения больных геморроем, осложненным анемией // Проблемы колопроктологии. Вып. 18. М.: ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. 2002. С. 190–193.
2. Ривкин В. Л., Бронштейн А. С. Файн С. Н. Руководство по колопроктологии. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.
3. Ан В. К., Полукаров В. Л., Левина Е. А. О профузных геморроидальных кровотечениях // Проблемы колопроктологии. Вып. 18. М.: ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. 2002. С. 34–36.
4. Ривкин В. Л., Канулер Л. Л. Геморрой. Запоры. М., 2000. 150 с.
5. Мухашаврия Г. А., Карабаки М. А. Подход к проблеме предотвращения рецидива геморроидальной болезни // Проблемы колопроктологии. Вып. 18. М.: ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. 2002. С. 164–167.