

УДК 616.147.17-007.64-089 (575.2) (04)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ

А.М. Мадаминов – докт. мед. наук, профессор,
А.А. Субанов – канд. мед. наук, ст. преподаватель,
М.Б. Айтбаев – соискатель

The results of surgical treatment of 116 patients with different form of hemorrhoids operated by suggested methods in the department of proctology are discussed.

В клинической хирургии, в том числе в проктологии, существуют заболевания, частота которых не уменьшается [1, 2]. Геморроидэктомия является наиболее частым оперативным вмешательством в проктологической клинике. Это объясняется весьма широкой распространенностью геморроя. Геморроем страдают более 10% взрослого населения, а его удельный вес среди болезней прямой кишки составляет от 40 до 70% [1–3].

Вопросы хирургических модификаций геморроидэктомии, их ближайшие и отдаленные результаты, осложнения весьма актуальны в наше время [4–6].

По современным представлениям, хирургическое лечение должно быть направлено на полное иссечение кавернозных телец, расположенных, как правило, на 3–7–11 часах (в положении лежа на спине) в подслизистом слое, которое и является субстратом геморроя. В настоящее время применяются различные методики, направленные на радикальную геморроидэктомию, отличающиеся способами обработки послеоперационных ран.

Наиболее патогенетически обоснованной операцией является способ по Миллигану-Моргану, при котором вместе с узлами удаляются кавернозные тельца подслизистого слоя прямой кишки, ножки культей геморроидальных узлов прошиваются, а раны оставляются открытыми и они заживают вторичным натя-

жением. Особое признание эта операция приобрела благодаря исследованиям, показавшим, что в патогенезе геморроя основную роль играют кавернозные коллекторы подслизистого слоя дистального отдела прямой кишки [7].

Операция Миллигана-Моргана в классическом варианте имеет ряд недостатков, так как после иссечения геморроидальных узлов на стенке анального канала остаются поверхностные раны. Наличие раны грозит развитием в послеоперационном периоде таких осложнений, как кровотечение, выраженный болевой синдром, высока вероятность инфицирования послеоперационной раны и, как следствие, острый парапроктит, деформирующие рубцы анального канала, стриктуры заднего прохода [5, 6, 8].

Развитие такого количества осложнений побудило к поиску новых модификаций геморроидэктомии по Миллигану-Моргану, направленных на сокращение размеров раневой поверхности, снижение опасности инфицирования раны кишечной микрофлорой. В связи с чем в НИИ проктологии Министерства здравоохранения Российской Федерации были предложены две модификации операции Миллигана-Моргана.

При первой модификации после иссечения наружных и внутренних геморроидальных узлов раны ушивают частично, путем подшивания их краев ко дну. При этом остается неуши-

той часть раневой поверхности, заживление которой проходит вторичным натяжением [6, 8].

Приведенная модификация не лишена ряда недостатков, так как послеоперационные раны оставались частично открытыми, что стимулировало дальнейшее совершенствование техники, изыскание новых вариантов операции.

Сотрудниками НИИ проктологии МЗ РФ была разработана вторая модификация операции геморроидэктомии по Миллигану-Моргану, с ушиванием раневой поверхности [1, 2, 6]. До последнего времени эта методика применялась и в отделении проктологии НГ МЗ КР. Однако и в ней имеется ряд недостатков:

1. Наличие культи геморроидальных узлов в ампуле прямой кишки, вследствие чего возможно скрытое кровотечение в раннем послеоперационном периоде.

2. При прохождении каловых масс – выраженный болевой синдром.

3. Существует возможность инфицирования послеоперационной раны каловыми массами и кишечной микрофлорой.

По данным В.Л. Ривкина и соавт. (1994 г.), после операции Миллигана-Моргана во второй модификации НИИ проктологии МЗ РФ с формированием культи болевой синдром (независимо от акта дефекации) был отмечен у 34,4%, рефлекторная задержка мочеиспускания – у 25,8%, кровотечение из раны – у 1,6%, острый парапроктит, как осложнение ближайшего послеоперационного периода – у 1,6% больных.

По нашему мнению, неудовлетворительные результаты после геморроидэктомии во второй модификации НИИ проктологии МЗ РФ обусловлены оставлением культи ножек геморроидальных узлов в ране.

Нами разработана модификация операции геморроидэктомии. Основное отличие данного способа от ранее применяемых методов состоит в следующем: после геморроидэктомии с полным восстановлением слизистой оболочки анального канала культи ножек удаленных геморроидальных узлов дополнительно рассасывающими узловыми швами погружаются в подслизистый слой.

Практической значимостью предложенной методики является устранение недостатков вышеописанной модификации, а именно:

1. Снижается риск кровотечения в раннем послеоперационном периоде благодаря погру-

жению культи геморроидальных узлов в подслизистый слой.

2. Вследствие погружения культи удаленных геморроидальных узлов в подслизистый слой устраняется болевой синдром при дефекации в раннем периоде.

3. Уменьшается возможность инфицирования послеоперационных ран, что является предупреждением парапроктита и развития стриктур анального канала.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 226 больных хроническим геморроем. Основную группу составили 110 больных, оперированных по нашей методике, а контрольную группу – 116 человек, оперированных по второй методике НИИ проктологии МЗ РФ.

В рассматриваемых группах мужчин было 142, женщин – 84. Возраст больных от 27 до 56 лет. Длительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 20 лет и более. Возрастно-половой состав и длительность заболевания в обеих группах были идентичными.

Основными симптомами заболевания у 95,0% обследованных было кровотечение, а у 85,0% – выпадение внутренних геморроидальных узлов.

Всем больным, помимо общеклинических исследований, проводили:

1. Пальцевое исследование прямой кишки.

2. Ректороманоскопию.

3. Сфинктерометрию.

4. Термометрию в области послеоперационной раны по нашей методике.

5. Изучали сроки заживления ран.

Результаты и обсуждения. При рассмотрении полученных результатов нами выявлено, что при ранее применяемой методике в ближайшем послеоперационном периоде кровотечения возникли у 5, что составило 4,3%. Стойкий болевой синдром наблюдался у 25 (21,5%), стриктура развилась у 3 (2,6%), рефлекторная задержка мочеиспускания – у 6 (5,2%), острый парапроктит – у одного (0,9%) больного. В основной группе кровотечения не было, болевой синдром отмечался у 5 больных (4,5%), рефлекторная задержка мочеиспускания – у 2 (1,8%), стриктура заднего прохода и парапроктит не наблюдался.

Таким образом, проведенный анализ ближайших результатов хирургического лечения

геморроя по новой модификации свидетельствует в пользу геморроидэктомии по нашей методике, так как благодаря ей нивелируются основные отрицательные стороны раннее применяемого метода.

Сравнивая сроки лечения в отделении и амбулаторного долечивания больных в основной и контрольной группах, установлено, что лечение в стационаре после операции по 2 модификации геморроидэктомии НИИ проктологии МЗ РФ длится в среднем 12,2 дня, а амбулаторное долечивание – 24 дня (всего 36,2 дня), после операции по нашей методике – 10,1 и 19,8 дней (всего 29,9 дней).

Патогенетически обоснованной операцией геморроидэктомии является методика Миллигана-Моргана в различных современных модификациях.

Ранее применяемые модификации операции по Миллигану-Моргану имеют ряд недостатков, что приводит к высокому проценту таких осложнений, как кровотечение в послеоперационном периоде, выраженный болевой синдром, рефлексорная задержка мочеиспускания, стриктура анального канала, острый парапроктит.

Разработанная нами модифицированная геморроидэктомия значительно сокращает возможность развития вышеописанных осложнений.

Модифицированный метод геморроидэктомии позволяет значительно сократить нахождение больного в стационаре, ускорить социально-трудовую реабилитацию больных.

Таким образом, разработанная нами усовершенствованная методика геморроидэктомии

является наиболее приемлемой при выборе способа хирургического лечения у больных, страдающих хроническим геморроем.

Литература

1. Федоров В.Д. Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. – М.: Медицина, 1984. – 384 с.
2. Ривкин В.Л. Геморрой и другие заболевания заднепроедного канала / В.Л. Ривкин, Ю.В. Дульцев, Л.Л. Капуллер. – М.: Медицина, 1994. – 240 с.
3. Василевский И.И. Опыт хирургического лечения геморроя / И.И. Василевский, Е.М. Маркелов // Вестник хирургии. – 1993. – №5–6. – С. 111–112.
4. Дульцев Ю.В. Геморроидэктомия без формирования культи сосудистой ножки / Ю.В. Дульцев, А.Ю. Титов, Т.М. Каменецкая и др. // Хирургия. – 1990. – №12. – С. 127–131.
5. Акопян Э.Б. Хирургическое лечение геморроя / Э.Б. Акопян, Л.У. Назаров, С.Т. Багдасарян // Экспер. и клин. мед. – 1990. – №2. – С. 140–144.
6. Рылов Ю.Л. Опыт оперативного лечения геморроя / Ю.Л. Рылов, З.А. Титлянова, А.В. Файнштейн, Н.В. Шолин // Актуальные вопросы клинической хирургии. – 1993. – С. 81–83.
7. Капуллер Л.Л. Кавернозные структуры прямой кишки и их роль в возникновении геморроя / Л.Л. Капуллер: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1974. – 36 с.
8. Никитин А.М. Лечение геморроя / А.М. Никитин, В.Л. Ривкин, А.В. Якушин и др. // Хирургия. – 1994. – №10. – С. 57–60.