

УДК 616.147.17-007.64-036.12-089
DOI: 10.36979/1694-500X-2025-25-5-31-35

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ III–IV СТАДИЙ ТРАДИЦИОННЫМ МЕТОДОМ И УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ

А.М. Мадаминов, А.Ю. Айсаев, Б.К. Бегалиев, З.С. Мамбеткалиева

Аннотация. Целью настоящего исследования является улучшение результатов хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадий путем использования ультразвукового скальпеля для геморроидэктомии. Материалами данного исследования стали результаты обследования и хирургического лечения 172 больных с хроническим геморроем III–IV стадии. Больные были разделены на две группы в зависимости от методики геморроидэктомии. В основную группу вошли 87 (50,6 %) больных, которым геморроидэктомия была осуществлена с применением ультразвукового скальпеля. В контрольную группу вошли 85 (49,1 %) пациентов, которые были оперированы традиционной закрытой методикой геморроидэктомии. Анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадий двумя методиками показал более ощутимое снижение процента осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдалённые сроки при применении ультразвукового скальпеля для геморроидэктомии. Это показывает, что геморроидэктомия, выполняемая с помощью ультразвукового скальпеля, является альтернативой существующим традиционным методам геморроидэктомии.

Ключевые слова: хронический геморрой; геморроидэктомия; ультразвуковой скальпель; послеоперационные осложнения; боль; кровотечение; задержка мочеиспускания.

III–IV СТАДИЯДАГЫ ӨНӨКӨТ ГЕМОРРОЙДУ ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛООНУН САЛТТУУ ЫКМА МЕНЕН УЛЬТРАУН СКАЛЬПЕЛИ КОЛДОНУЛГАН ЫКМАНЫН САЛЫШТЫРМАЛУУ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

А.М. Мадаминов, А.Ю. Айсаев, Б.К. Бегалиев, З.С. Мамбеткалиева

Аннотация. Бул изилдөөнүн максаты – III–IV стадиядагы өнөкөт геморройду хирургиялык жол менен дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу үчүн геморроидэктомияда ультрауңдүү скальпелди колдонуу. Изилдөөнүн материалдары катары III–IV стадиядагы өнөкөт геморрой менен ооруган 172 бейтаптын текшерүү жана хирургиялык дарылоо жыйынтыктары колдонулду. Бейтаптар геморроидэктомиянын ыкмасына жараша эки топко бөлүндү. Негизги топко ультрауңдүү скальпел менен геморроидэктомия жасалган 87 (50,6%) бейтап кирди. Контролдук топко салттуу жабык метод менен операция жасалган 85 (49,1%) бейтап кирди. III–IV стадиядагы өнөкөт геморройду дарылоонун эки ыкмасынын хирургиялык жыйынтыктарын талдоо көрсөткөндөй, ультрауңдүү скальпел колдонулганда операциядан кийинки жакынкы жана алыскы мөөнөттө татаалдашуулардын пайызы кыйла төмөндөгөн. Бул ультрауңдүү скальпел менен жасалган геморроидэктомиянын салттуу ыкмаларга альтернатива боло аларын далилдейт.

Түйүндүү сөздөр: өнөкөт геморрой; геморроидэктомия; ультрауңдүү скальпель; операциядан кийинки татаалдашуулар; ооруу; кан кетүү; заара кармалуу.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF SURGICAL TREATMENT
OF CHRONIC HEMORRHOIDS OF STAGES III–IV
BY TRADITIONAL METHOD AND ULTRASONIC SCALPEL

A.M. Madaminov, A.Yu. Aisaev, B.K. Begaliev, Z.S. Mambetkalieva

Annotation. The aim of this study is to improve the outcomes of surgical treatment for chronic hemorrhoids of stages III–IV by using an ultrasonic scalpel for hemorrhoidectomy. The study materials included the results of examination and surgical treatment of 172 patients with chronic hemorrhoids of stages III–IV. The patients were divided into two groups based on the hemorrhoidectomy technique. The main group consisted of 87 (50.6%) patients who underwent hemorrhoidectomy using an ultrasonic scalpel. The control group included 85 (49.1%) patients who underwent the traditional closed hemorrhoidectomy method. The analysis of surgical treatment outcomes for chronic hemorrhoids of stages III–IV using two different techniques showed a significant reduction in the percentage of complications in both the early postoperative period and long-term follow-up when using the ultrasonic scalpel. This demonstrates that hemorrhoidectomy performed with an ultrasonic scalpel is a viable alternative to existing traditional hemorrhoidectomy methods.

Keywords: chronic hemorrhoids; hemorrhoidectomy; ultrasonic scalpel; postoperative complications; pain; bleeding; urinary retention.

Актуальность. Среди колопроктологических заболеваний хронический геморрой занимает ведущее место и составляет 34–41 % [1]. Более 10 % взрослого населения планеты страдает геморроем и каждый третий нуждается в хирургическом лечении [2, 3].

По данным многих авторов, в основе геморроя лежит патология кавернозных сосудистых образований, расположенных в дистальной части прямой кишки, заложенных в процессе нормального эмбриогенеза [1, 4]. В патогенезе геморроя ведущими являются гемодинамические и мышечно-дистрофические факторы. В основе гемодинамического фактора лежит дисфункция сосудов, приводящая к усиленному притоку крови и уменьшению оттока её по кавернозным венам, что приводит к увеличению размеров кавернозных телец и развитию геморроидальных узлов. В основе мышечно-дистрофического фактора лежит 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 [1, 4]. Под действием неблагоприятных факторов происходит увеличение размеров геморроидальных узлов, их смещение в дистальном направлении и, в конечном

итоге, выпадение из анального канала. Такие неблагоприятные факторы, в основном, встречаются в группе лиц высокого риска, к которым относятся люди ведущие малоподвижные образ жизни, занимающиеся тяжелым физическим трудом, страдающие запорами, злоупотребляющие алкоголем и острой пищей [1, 4].

Хронический геморрой, в зависимости от степени увеличения геморроидальных узлов и развития дистрофических процессов в удерживающем фиброзно-мышечном каркасе делится на четыре стадии [1, 4]. При I–II стадиях хронического геморроя применяют консервативные и малоинвазивные методы лечения, а при III–IV стадиях наиболее часто осуществляется открытая и закрытая геморроидэктомия [1, 4, 5]. Такие способы геморроидэктомии являются традиционными. Эти методы геморроидэктомии являются наиболее эффективными способами хирургического лечения геморроя, но несмотря на это в послеоперационном периоде могут возникнуть различные осложнения.

Так, выраженная боль в области послеоперационных ран отмечается у 34–41 % больных, кровотечения у 2–10 %, гнойно-воспалительные осложнения у 2–3 %, дизурические явления у 15–24 % пациентов. В отдалённые сроки у 6–9 % оперированных больных формируются стриктуры анального канала, а у 1,8–4 % пациентов выявляется недостаточность анального

сфинктера. Хотя геморроидэктомия является радикальным способом лечения геморроя, в течение 2–3-х лет после операции у 1–3 % больных отмечается рецидив заболевания, а спустя 10–12 лет рецидив заболевания наблюдается у 8,3 % пациентов [1, 4, 5].

С целью уменьшения вышеперечисленных осложнений в последние годы в практическую медицину стали внедрять различное медицинское оборудование, и в настоящее время геморроидэктомия выполняется с использованием нового оборудования, такого как биполярные электротермические устройства, ультразвуковые скальпели, циркулярные степлеры, лазеры и другие [5–13].

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии путём использования ультразвукового скальпеля для геморроидэктомии.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования стали результаты обследования хирургического лечения 172 больных с хроническим геморроем III–IV стадии, находившихся на стационарном лечении в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики и в клинике доктора Ш.Д. Абазкановой за 2022–2024 годы.

Эти 172 больных были разделены на две исследуемые группы в зависимости от применявшихся методов хирургического вмешательства.

В основную группу были включены 87 (50,6 %) пациентов, которым геморроидэктомия была осуществлена с применением ультразвукового скальпеля. В контрольную группу вошли 85 (49,4 %) больных, которые были оперированы традиционной закрытой методикой геморроидэктомии.

Среди больных мужчин было 135 (78,5 %), а женщин – 37 (21,5 %). Большинство больных были в возрасте от 25 до 60 лет – 159 (92,5 %), т. е. в наиболее трудоспособном возрасте. Возраст больных составил $40 \pm 1,15$ года. Длительность заболевания у больных с хроническим геморроем III–IV стадии составляла от 2–3-х до 30 лет. Продолжительность болезни в среднем составила $10,9 \pm 0,9$ года. Из 172 больных у 79 (46 %) пациентов был хронический геморрой III стадии, а у 93 (54 %) – IV стадии.

Для обследования больных кроме общеклинических исследований, использовались также инструментальные и специальные методики.

Обследование пациентов мы начинали с тщательного сбора жалоб, выяснения анамнеза болезни и жизни, осмотра пациента. Особое внимание уделяли тем симптомам и признакам, которые были выявлены при сборе жалоб и анамнеза.

Из специальных методов исследования мы использовали осмотр перианальной области в коленно-локтевом положении больного. Затем осуществляли пальцевое исследование прямой кишки. При этом мы обращали внимание на тонус сфинктера, состояние слизистой оболочки прямой кишки, предстательной железы у мужчин, параректальной клетчатки.

Всем больным проводили ректороманоскопию. Во время исследования мы оценивали состояние слизистой оболочки прямой кишки и геморроидальных узлов.

При наличии жалоб на запоры и патологические выделения из прямой кишки мы осуществляли колоноскопию или ирригоскопию.

Для оценки функционального состояния сфинктера заднего прохода осуществляли сфинктерометрию по А.М. Аминеву. Всем больным проводилась в послеоперационном периоде, гистологическое исследование иссеченных геморроидальных узлов.

Результаты лечения и их обсуждение. В сравнительном аспекте изучены непосредственные и отдалённые результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии двумя методиками оперативного вмешательства.

Больные контрольной группы были прооперированы традиционным способом, пациенты основной группы были прооперированы с использованием ультразвукового скальпеля.

Все больные были оперированы под сакаральной анестезией. Операция с использованием ультразвукового скальпеля заключалась в следующем: сперва один из геморроидальных узлов брали в геморроидальные щипцы и на сосудистую ножку этого узла накладывался шов из длительно рассасывающегося шовного материала (Дуакол, ПГА, pegelak, pegesorb

и т. д., USP 2-0). Затем этот геморроидальный узел иссекали ультразвуковым скальпелем. Таким же образом иссекали и другие геморроидальные узлы. В послеоперационном периоде для купирования болевого синдрома назначали обезболивающие средства и перевязки с мазью Левомеколь или Офломелид после туалета области послеоперационных ран.

В послеоперационном периоде из 80 больных контрольной группы у 2-х (2,4 %) пациентов возникло кровотечение. Больному в условиях операционной, под сакральной анестезией, была осуществлена ревизия послеоперационных ран. При этом выяснено, что причиной кровотечения оказалось соскальзывание лигатуры из культи сосудистой ножки внутреннего геморроидального узла на 11-ти часах у одного больного и на 3-х часах – у другого пациента. Кровотечение у обоих больных было остановлено повторным ушиванием сосудистой ножки на 11-ти и 3-х часах. Такого осложнения среди больных основной группы мы не наблюдали. На следующий день после операции, во время первой перевязки, когда удаляли марлевую салфетку и газоотводную трубку из анального канала, отмечали незначительное выделение крови у 11 (12,9 %) больных контрольной группы и у 2-х (2,3 %) пациентов основной группы.

В день операции выраженный болевой синдром отмечен у 57 (6,7 %) больных контрольной группы, а у всех больных основной группы болевой синдром был незначительный. На 3–4-и сутки после операции во время первой дефекации боль возникла у 35 (4,1 %) больных контрольной группы и у 17 (2 %) пациентов основной.

Тупая боль в области послеоперационных ран у 48 (5,6 %) больных контрольной группы сохранялась до 7–8 суток, а у пациентов основной группы к этому сроку болевые ощущения фактически исчезли. Разница ощущения боли в исследуемых группах объясняется меньшей выраженностью местного воспалительного процесса в ранах анального канала у больных основной группы.

Рефлекторная задержка мочеиспускания наблюдалась у 4 (4,7 %) больных контрольной группы и 1 (1,2 %) пациента основной группы. Этим больным осуществляли катетеризацию

мочевого пузыря, назначали Фурамаг по 50 мг. 3 раза в день, а также раствор прозерина 0,05%-й 1,0 мл подкожно и Тамсол 0,4 мг 1 раз в день.

Больные, которым осуществлялась традиционная геморроидэктомия, на стационарном лечении находились 7–8 дней, а пациенты, которым геморроидэктомия осуществлялась ультразвуковым скальпелем, в стационаре находились 3–4 дня.

Все больные после выписки из стационара в течение одного месяца наблюдались нами в амбулаторных условиях, т. е. до полного заживления послеоперационных ран.

Отдаленные результаты лечения также изучали в сравнительном аспекте. Так, отдаленные результаты лечения прослежены у 78 (90 %) больных основной группы и у 76 (91,6 %) пациентов контрольной группы в сроки от 6 месяцев до 2-х лет. Стриктура анального канала среди больных контрольной группы наблюдалась у 4 (5,3 %) больных, а в основной группе – у 1 (1,3 %) человека. Это, по-видимому, было связано с наличием менее грубых рубцов в аноректальной области из-за применения ультразвукового скальпеля. В отдаленные сроки анальная трещина отмечена у 3 (4 %) больных контрольной группы и у 2 (2,5 %) пациентов основной группы. На незначительные выделения крови после акта дефекации жаловались 7 (9,2 %) больных контрольной группы и 3 (3,8 %) пациентов основной группы.

Таким образом, сравнительный анализ результатов хирургического лечения геморроя у больных контрольной и основной групп показал преимущества геморроидэктомии с применением ультразвукового скальпеля. Применение ультразвукового скальпеля обеспечивает более благоприятный послеоперационный период, значительно сокращает сроки стационарного лечения больных, до минимума снижает число осложнений в ближайшем послеоперационном и в отдаленном периодах.

Выводы

1. Геморроидэктомия, выполняемая ультразвуковым скальпелем, является относительно безопасной и простой хирургической процедурой без серьезных осложнений.

2. Использование ультразвукового скальпеля сокращает время операции, послеоперационную кровопотерю и послеоперационную боль.
3. Геморроидэктомия, выполняемая с помощью ультразвукового скальпеля, является альтернативой существующим традиционным методам геморроидэктомии.

Поступила: 03.02.2025;

рецензирована: 17.02.2025; принята: 19.02.2025.

Литература

1. *Воробьев Г.И.* Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. М.: Литтерра, 2010. 188 с.
2. *Chand M.* The management of hemorrhoids / M. Chand, G.F. Nash, N. Dabbas // *Bz. J. Hosp. Med.* 2008. Vol. 69. № 1. P. 35–40.
3. *Hollingshead J.R.* Hemorrhoids: modern diagnosis and treatment / V.R. Hollingshead, R.K. Phillips // *Postgrad Med. J.* 2016. Vol. 92. № 1083. P. 4–8.
4. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 432 с.
5. *Мадаминов А.М.* Способ хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии, осложненного кровотечением и анемией / А.М. Мадаминов, М.М. Малькави // *Вестник КРСУ.* 2017. Т. 17. № 7. С. 47–50.
6. *Майстренко Н.А.* Геморроидэктомия с применением современных высокоэнергетических устройств: преимущества, недостатки и спорные вопросы (обзор литературы) / Н.А. Майстренко [и др.] // *Вестник хирургии имени И.И. Грекова.* 2022. Т. 181. № 4. С. 98–105.
7. *Шельгин Ю.А.* Открытая геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем / Ю.А. Шельгин [и др.]. М., 2002. 45 с.
8. *Нуруллин Р.Ф.* Опыт геморроидэктомии с использованием ультразвукового скальпеля / Р.Ф. Нуруллин, Ф.Я. Гюльалиев, М.Х. Закирзянов // *Казанский медицинский журнал.* 2010. Т. 91. № 3. С. 346–348.
9. *Воробьев Г.И.* Опыт применения ультразвукового скальпеля в колоректальной хирургии / Г.И. Воробьев [и др.] // *Анналы хирургии.* 2001. № 1. С. 59–60.
10. *Хмылов Л.М.* Геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Л.М. Хмылов. М., 2006. 30 с.
11. *Mushaya C.D. et al.* Harmonic scalpel compared with conventional excisional haemorrhoidectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials // *Tech. Coloproctol.* 2014. № 18. P. 1009–16.
12. Открытая геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем / Д.К. Туребаев [и др.] // *Вестник хирургии Казахстана.* 2010. Т. 12. № 1. С. 37–38.
13. *Ramadan E.* Harmonic scalpel hemorrhoidectomy: preliminary results of a new alternative method / E. Ramadan, T. Vishne, Z. Dreznik // *Tech. Coloproctol.* 2002. Vol. 6. № 2. P. 89–92.