

УДК 616.147.17-007.64-036.12-089

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ IV СТАДИИ

М.М. Малькави

Приводятся сравнительные результаты хирургического лечения хронического геморроя IV стадии двумя методами геморроидэктомии.

Ключевые слова: геморрой; болевой синдром; геморроидэктомия.

COMPARATIVE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF STAGE IV HEMORRHOIDS

М.М. Malkawi

The article presents the comparative results of surgical treatment of hemorrhoids stage IV two methods hemorrhoidectomy.

Keywords: hemorrhoids; pain syndrome; hemorrhoidectomy.

Актуальность. Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека и наиболее частой причиной обращения к врачу-колопроктологу [1].

По данным разных авторов, его распространенность достигает 130–145 случаев на 1000 взрослого населения, а его частота колеблется от 34 до 41 % [1–4]. Работами многих ученых установлено, что в основе геморроя лежит патология сосудистых кавернозных образований, расположенных в дистальной части прямой кишки, заложенных в процессе нормального эмбриогенеза [5–7].

Ведущими в патогенезе геморроя являются гемодинамические и мышечно-дистрофические факторы. В основе первого лежит дисфункция сосудов, приводящая к усиленному притоку крови и уменьшению оттока по кавернозным венам, что приводит к увеличению размеров кавернозных телец и развитию геморроидальных узлов. Вторым ведущим фактором является 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]. Под действием неблагоприятных факторов происходит увеличение размеров геморроидальных узлов, их смещение

в дистальном направлении и, в конечном итоге, выпадение из анального канала. В основном эти нарушения происходят в группе высокого риска, к которым относятся люди, занимающиеся тяжелым физическим трудом, страдающие запором, ведущие малоподвижный образ жизни [2, 8, 9].

В зависимости от степени увеличения геморроидальных узлов и развития дистрофических процессов в удерживающем фиброзно-мышечном каркасе выделяют 4 стадии заболевания [4].

При I–II стадии геморроя проводят консервативную терапию, малоинвазивные методы лечения, а при III–IV стадии – хирургическое вмешательство (геморроидэктомия).

В большинстве стран Америки и Европы типичную геморроидэктомию в настоящее время выполняют лишь у 17–21 % пациентов, а у остальных применяют малоинвазивные способы лечения [1, 4, 8]. В то же время в России и в Кыргызстане наиболее распространенным способом лечения геморроя является геморроидэктомия, выполняемая у 75 % пациентов, а малоинвазивные способы применяют лишь у 3 % больных [1].

В настоящее время большая часть колопроктологов при геморрое выполняют операцию, направленную на иссечение трех геморроидальных узлов [1–4, 8, 9]. Эта операция, предложенная Миллиганом и Морганом в 1937 г. [1], продолжает модифицироваться до настоящего времени.

В последние годы в нашей стране и за рубежом применяют в основном три разновидности операций. Первая – это открытая геморроидэктомия, при которой наружный и внутренний геморроидальные узлы удаляют единым блоком при помощи коагуляционного ножа с перевязкой ножки узла рассасывающейся нитью и оставлением открытой раны анального канала. Такая операция выполняется у пациентов с III–IV стадией геморроя, осложненного анальной трещиной или парапроктитом.

Вторая – это закрытая геморроидэктомия с восстановлением слизистой оболочки анального канала рассасывающимися швами. Этот вид оперативного вмешательства применяют при геморрое III–IV стадии при отсутствии четких границ между наружными и внутренними геморроидальными узлами.

Третьей разновидностью является подслизистая геморроидэктомия, выполняемая по типу пластической операции А. Parks [10]. Несмотря на то, что имеются различные методики геморроидэктомии, все ещё высок процент осложнений после иссечения геморроидальных узлов [3]. Так, выраженная боль в области послеоперационных ран отмечается у 6,7–34,4 %, задержка мочеиспускания наблюдается у 6,8–25,8 % пациентов, а кровотечения у 19–33 % больных, кроме того у 2 % оперированных пациентов развиваются гнойно-воспалительные осложнения [1, 3]. Этим объясняется интенсивный поиск новых вариантов и модификации открытой и закрытой геморроидэктомии.

В целом проблему хирургического лечения геморроя нельзя считать решенной, особенно при хроническом геморрое IV стадии, осложненном постоянным выпадением внутренних геморроидальных узлов и слизистой оболочки анального канала.

В связи с этим нами разработана усовершенствованная методика закрытой геморроидэктомии. Усовершенствования заключаются в том, что после иссечения внутренних геморроидальных узлов культю сосудистых ножек геморроидальных узлов погружают в подслизистый слой.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения хронического геморроя IV стадии, осложненного выпадением узлов и слизистой анального канала.

Задачи исследования:

1. Усовершенствовать метод закрытой геморроидэктомии.

2. Изучить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения хронического геморроя IV стадии двумя методиками геморроидэктомии.

Материал и методы исследования. За 2014–2015 гг. в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения

Кыргызской Республики на обследовании и лечении находились 1000 больных с различными формами геморроя. Из 1000 больных 224 (22,4 %) страдали хроническим геморроем IV стадии. У этих больных выпадение внутренних геморроидальных узлов сопровождалось выпадением и слизистой оболочки анального канала. Выпадающие внутренние геморроидальные узлы сливаются с наружными геморроидальными узлами. При этом геморроидальные узлы располагаются циркулярно по всей окружности заднепроходного отверстия.

Учитывая циркулярное расположение геморроидальных узлов, нами были применены два метода хирургического вмешательства для лечения этих больных. Проведен сравнительный анализ эффективности примененных нами двух методов оперативного лечения. С этой целью больные были разделены на две клинические группы. В первую, основную группу были включены 110 (49,1 %) больных, которым была осуществлена закрытая геморроидэктомия по усовершенствованной нами методике. Во вторую, контрольную группу вошли 114 (50,9 %) пациентов, которым была применена традиционная методика геморроидэктомии. Среди больных основной и контрольной групп преобладали мужчины – 130 (58 %). Наиболее часто такой хронический геморрой IV стадии встречался у лиц трудоспособного возраста. Средняя продолжительность заболевания у пациентов основной группы составила $10,6 \pm 3,4$ года, а у больных контрольной группы – $11,8 \pm 2,6$ года. Пациенты при поступлении в стационар предъявляли жалобы на выпадение геморроидальных узлов, появление крови при акте дефекации, чувство дискомфорта в заднем проходе. Больные в стационар поступали уже общеклинически обследованными, поэтому в отделении выясняли жалобы, собирали анамнез болезни и жизни, проводили пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, при необходимости – колоноскопию, сфинктерометрию, а в послеоперационном периоде осуществляли местную ректальную термометрию. Так, всем 224 больным произведены пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопия. Из 224 больных 19 (8,5 %) осуществлена ирригоскопия, 15 (6,7 %) – колоноскопия, 120 (53,6 %) пациентам – сфинктерометрия по А.М. Аминеву. 110 (49,1 %) больным с целью выяснения интенсивности местного воспалительного процесса в области послеоперационных ран проводилась местная ректальная термометрия на 3-и, 5-е, 7-е сутки. Всем больным проводилось гистологическое исследование иссеченных геморроидальных узлов.

Результаты лечения и их обсуждение. В сравнительном аспекте изучены непосредствен-

ные и отдаленные результаты лечения хронического геморроя IV стадии двумя методами оперативного вмешательства. Больные контрольной группы были прооперированы традиционным методом закрытой геморроидэктомии, а пациенты основной группы были прооперированы с помощью усовершенствованной нами методики закрытой геморроидэктомии.

Разработанная нами усовершенствованная методика закрытой геморроидэктомии заключается в следующем: под сакральной анестезией, после обработки операционного поля и дивульсии анального сфинктера ректальным зеркалом, геморроидальные узлы, расположенные на 3–7–11-ти часах отсекаются поочередно с ушиванием ран анального канала наглухо длительно рассасывающимися нитями с погружением культей иссеченных геморроидальных узлов в подслизистый слой. Предложенный нами способ закрытой геморроидэктомии за счет того, что культя иссеченных геморроидальных узлов погружается в подслизистый слой, резко снижает возможность развития кровотечения в послеоперационном периоде.

При изучении ближайших результатов хирургического лечения 224 больных с хроническим геморроем IV стадии, разделенных на две исследуемые группы в зависимости от характера оперативного вмешательства, нами были использованы такие критерии, как выраженность и длительность местного болевого синдрома. Кровотечения различной выраженности, рефлекторная задержка мочеиспускания, результаты ректальной термометрии, сроки пребывания больных в стационаре. Так, выраженный болевой синдром в 1-е сутки после операции отмечен у 43 (37 %) больных контрольной группы и у 29 (26,4 %) пациентов основной группы. Кроме того, боли появились во время первой дефекации у 49 (43 %) больных контрольной группы и у 25 (22,7 %) пациентов основной группы. У всех больных боли проходили на 9–10-е сутки после операции. Такая разница объясняется меньшей выраженностью в ранах анального канала местного воспалительного процесса в послеоперационном периоде у больных основной группы. Это подтверждается данными ректальной термометрии на 3–5–7-е сутки после операции, которая была проведена у 56 (49,1 %) больных контрольной группы и 54 (49 %) пациентов основной группы. Так, средние показатели ректальной термометрии в анальном канале больных основной группы составляли $37,2 \pm 0,2^\circ$; $37,4 \pm 0,1^\circ$; $37,1 \pm 0,1^\circ$; а у пациентов контрольной группы – $37,3 \pm 0,2^\circ$; $37,6 \pm 0,3^\circ$; $37,4 \pm 0,1^\circ$, соответственно.

Меньшая степень выраженности болевого синдрома после применения усовершенствованной

нами методики закрытой геморроидэктомии объясняется еще и тем, что культя ножек иссеченных геморроидальных узлов погружается в подслизистый слой. При изучении частоты возникновения обильного кровотечения из прямой кишки после операции выяснилось, что такое осложнение наблюдалось у 3 (2,6 %) пациентов контрольной группы. Кровотечения в послеоперационном периоде возникли из культя сосудистой ножки иссеченного геморроидального узла за счет соскальзывания лигатуры, что потребовало повторного оперативного вмешательства. Среди больных основной группы такое обильное кровотечение из прямой кишки в послеоперационном периоде не наблюдалось.

В послеоперационном периоде у 7 (6,1 %) больных контрольной группы и у 3 (2,7 %) пациентов основной группы наблюдалась рефлекторная задержка мочеиспускания. Этим больным были вынуждены осуществлять катетеризацию мочевого пузыря и назначить раствор прозерина 0,05 %-ного $1,0 \times 2$ раза в день подкожно в течение 3–5 дней. Больные основной группы в стационаре находились в среднем $7,0 \pm 1,2$ койко-дня, а пациенты контрольной группы $5,1 \pm 2,1$ койко-дня ($P < 0,05$). Сокращение пребывания больных на стационарном лечении на два и более койко-дня, без ущерба для здоровья оперированных больных дает психологический и экономический эффект.

Нами изучены также отдаленные результаты лечения. Отдаленные результаты лечения прослежены у 79 (71,8 %) больных основной группы и у 75 (65,9 %) пациентов контрольной группы в сроки от 6 месяцев до 1-го года.

При изучении отдаленных результатов лечения выяснили наличие болей при дефекации, возникновение трещины или сужения анального канала. Так, боли при дефекации отмечали 12 (16 %) больных контрольной группы. Анальная трещина отмечена у 5 (6,6 %) больных контрольной группы и у 2 (2,5 %) пациентов основной группы. Сужение анального канала наступило у 4 (5,3 %) больных контрольной группы и у одного (1,3 %) пациента основной группы. Таким образом, сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя IV стадии у больных контрольной и основной групп свидетельствует о том, что предложенная нами методика закрытой геморроидэктомии обеспечивает более благоприятный послеоперационный период, сокращает сроки стационарного лечения больных до минимума, снижает число различных осложнений в ближайшем послеоперационном и в отдаленном периодах.

Выводы

1. Усовершенствован метод закрытой геморроидэктомии, заключающийся в погружении куль-

ти иссеченных геморроидальных узлов в подслизистый слой.

2. Использование усовершенствованной методики закрытой геморроидэктомии позволяет снизить число послеоперационных осложнений до минимума и сократить сроки стационарного лечения больных.

Литература

1. *Воробьев Г.И.* Гемморой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. М.: Литтерра, 2010. 198 с.
2. *Кондратенко П.Г.* Клиническая колопроктология / П.Г. Кондратенко, Н.Б. Губоргриц, Ф.Э. Элин и др. Харьков: Факт, 2006. 385 с.
3. *Тимербулатов В.М.* Колопроктология / В.М. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, М.В. Тимербулатов и др. Уфа: Вили Оксер, 2007. Т. 1. 178 с.
4. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2006. 432 с.
5. *Дацун И.Г.* Роль гломусных шунтов аноректальных кавернозных телец в механизме развития геморроя / И.Г. Дацун, Е.П. Мельман // Арх. патологии. 1992. Т. 54. № 8. С. 28–31.
6. *Капуллер Л.Л.* Кавернозные структуры прямой кишки и их роль в возникновении геморроя: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.17 / Л.Л. Капуллер. М., 1973. 38 с.
7. *Мельман Е.П.* Функциональная морфология прямой кишки и структурные основы патогенеза геморроя / Е.П. Мельман, И.Г. Дацун. М.: Медицина, 1986. 176 с.
8. *Ривкин В.Л.* Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.
9. *Семионкин Е.И.* Колопроктология / Е.И. Семионкин. М.: Медпрактика, 2004. 224 с.
10. *Parks A.G.* Surgical treatment of haemorrhoids / A.G. Parks // Br. J. Surg. 1956. Vol. 43. P. 337–351.