

УДК 616.147.17-007.64-005.6-089

**К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ТРОМБИРОВАННОГО ГЕМОРРОЯ II–III СТЕПЕНИ**

А.М. Мадаминов, М.М. Малькави, А.Ю. Айсаев

Приводятся результаты хирургического лечения тромбированного геморроя II–III степени двумя методами геморроидэктомии.

Ключевые слова: геморрой; тромбоз; геморроидэктомия.

**TO THE QUESTION OF SURGICAL TREATMENT
OF THE THROMBOSED HEMORRHOID OF THE II–III DEGREE**

A.M. Madaminov, M.M. Malkavi, A.U. Aisaev

The paper gives the results of surgical treatment of the thrombosed hemorrhoid II–III degree, in two methods hemorrhoidectomy.

Keywords: hemorrhoids; thrombosed hemorrhoid; hemorrhoidectomy.

Актуальность. Геморрой занимает первое место среди заболеваний прямой кишки. По данным многих авторов, геморроем страдает 10–15 % взрослого населения. Распространенность геморроя составляет 130–145 человек на 1000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41 % [1].

Работами многих ученых установлено, что в основе геморроя лежит патология кавернозных сосудистых образований, заложенных в процессе нормального эмбриогенеза в подслизистом слое дистальной части прямой кишки [2–5]. Одной из причин развития геморроя является дисфункция сосудов, приводящая к усиленному притоку артериальной крови в кавернозные тельца и уменьшению оттока по кавернозным венам, что приводит к увеличению их размеров и развитию геморроя [2–5]. Вторым ведущим фактором являются дистрофические процессы, происходящие в продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки. Под действием неблагоприятных факторов происходит увеличение геморроидальных узлов, их смещение в дистальном направлении и, в конечном итоге, – выпадение из анального канала. Эти нарушения встречаются у людей страдающих запорами, занимающихся тяжелым физическим трудом и ведущих малоподвижный образ жизни [1, 6].

Различают острый и хронический геморрой. Кроме того, геморрой бывает наружный, внутренний и комбинированный [1, 6]. Основой для развития острого геморроя является тромбоз геморроидальных узлов. Тромбоз геморроидальных узлов характеризуется их увеличением и уплотнением, сопровождается болями в области заднего прохода. Часто возникающий отек тканей и воспалительная инфильтрация создают впечатление ущемления геморроидальных узлов. Нередко острое воспаление сопровождается отеками перианальной области и некрозом узлов [1, 6].

Наиболее характерными симптомами хронического геморроя являются повторяющиеся кровотечения, связанные с дефекацией и выпадением геморроидальных узлов из заднего прохода [1, 6]. По клиническому течению острый геморрой разделяют на три степени. Первая степень характеризуется тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительного процесса. Для второй степени характерным признаком является присоединение воспаления геморроидальных узлов. В третьей степени на фоне распространенного тромбоза и воспаления геморроидальных узлов развивается воспаление подкожной клетчатки и перианальной кожи, некроз слизистой оболочки узлов [1, 6].

Хронический геморрой подразделяется на 4 стадии.

Первая стадия характеризуется только выделением алой крови из заднего прохода при дефекации.

При второй стадии отмечается выпадение геморроидальных узлов с самостоятельным их вправлением в анальный канал (с кровотечением или без него).

Признаком третьей стадии является периодическое выпадение геморроидальных узлов из анального канала с необходимостью их ручного вправления (с кровотечением или без него).

Четвертая стадия – это постоянное выпадение геморроидальных узлов из анального канала вместе со слизистой оболочкой прямой кишки, невозможность их вправления в анальный канал при помощи ручного пособия (с кровотечением или без него) [1, 6].

При геморрое очень часто наблюдаются осложнения.

Так, кровотечение является одним из основных симптомов геморроя, но в то же время непрекращающееся выделение крови из анального канала следует расценивать как осложнение заболевания, приводящее к выраженной анемии со снижением гемоглобина до 40–50 г/л.

К осложнениям геморроя относится длительное выпадение геморроидальных узлов, особенно у лиц пожилого возраста, приводящее к недостаточности анального сфинктера и недержанию газов.

Воспалительный процесс, развившийся в окружающей клетчатке, в результате тромбоза геморроидальных узлов и нередко приводящий к острому парапроктиту, также является осложнением геморроя [1, 6].

Для лечения геморроя применяют различные медикаменты (внутрь и местно), малоинвазивные и хирургические методы [1, 6, 7].

Основным способом лечения осложненного геморроя является хирургический, причем в последнее время активно разрабатываются и внедряются малоинвазивные методики [6]. Несмотря на это до сегодняшнего дня до конца не решены вопросы хирургического лечения осложненного геморроя.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения тромбированного геморроя II–III степени.

Задачи исследования:

1. Разработать и внедрить в клиническую практику усовершенствованную методику хирургического лечения тромбированного геморроя II–III степени.

2. Изучить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения тромбированного геморроя II–III степени традиционным и усовершенствованным методиками геморроидэктомии.

Материал и методы исследования. В отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики за 2014–2015 гг. на стационарном лечении находились 1000 больных с различными формами геморроя. Из 1000 больных с геморроем у 114 (11,4 %) пациентов был тромбированный геморрой II–III степени. Возраст пациентов колебался от 22 до 68 лет, в среднем составлял $41,4 \pm 8,2$ года. Среди больных мужчин было 78 (68,4 %), женщин – 36 (31,6 %).

В зависимости от методов хирургического лечения тромбированного геморроя II–III степени пациенты были разделены на две исследуемые группы.

В первую, основную группу вошли 56 (49,1 %) больных, оперированных по усовершенствованной нами методике. Во вторую, контрольную группу были включены 58 (50,9 %) пациентов, которым была произведена закрытая геморроидэктомия.

У всех этих больных отмечался тромбоз геморроидальных узлов с их воспалением или тромбоз геморроидальных узлов с их воспалением и переходом воспаления на подкожную клетчатку, отеком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки узлов.

Все эти больные поступили в отделение проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики с жалобами на боли в области заднего прохода, появление плотных болезненных образований в области наружных и внутренних геморроидальных узлов, выделение крови из прямой кишки.

Больным осуществляли общеклинические, инструментальные и специальные методы исследования.

Результаты лечения и их обсуждение. В сравнительном аспекте изучены непосредственные и отдаленные результаты лечения тромбированного геморроя II–III степени двумя методиками оперативного вмешательства.

Больные контрольной группы были прооперированы традиционным методом закрытой геморроидэктомии, а пациенты основной группы были прооперированы усовершенствованной нами методикой закрытой геморроидэктомии.

При изучении ближайших результатов хирургического лечения 114 больных с тромбированным геморроем II–III степени, разделенных на две исследуемые группы в зависимости от характера оперативного вмешательства, нами были использованы такие критерии, как выраженность и длительность местного болевого синдрома; кровотечение из послеоперационных ран; рефлекторная задержка мочеиспускания; сроки пребывания

больных в стационаре. Так, выраженный болевой синдром в первые сутки после операции отмечен у 39 (67,2 %) больных контрольной группы и у 27 (48,2 %) пациентов основной группы. Кроме того, боли появились во время первой дефекации у 35 (60,3 %) больных контрольной группы и у 24 (42,8 %) пациентов основной группы. У всех больных боли проходили на 9–10-е сутки после операции.

При изучении частоты возникновения обильного кровотечения из прямой кишки после операции выяснилось, что такое осложнение наблюдалось у 2 (3,4 %) пациентов контрольной группы. Кровотечение в послеоперационном периоде возникло из культи сосудистой ножки иссеченного геморроидального узла за счет соскальзывания лигатуры, потребовавшее повторное оперативное вмешательство.

Среди больных основной группы такое кровотечение из ран прямой кишки в послеоперационном периоде не наблюдалось.

В послеоперационном периоде у 3 (5,2 %) больных контрольной группы и у 1 (1,8 %) пациента основной группы наблюдалась рефлекторная задержка мочеиспускания. Этим больным были вынуждены осуществлять катетеризацию мочевого пузыря катетером Фолея, назначить раствор прозерина 0,05%-ного – 1,0 × 2 раза в день подкожно в течение 3–4-х дней. Больные основной группы в стационаре находились в среднем $7,2 \pm 1,6$ койко-дня, а пациенты контрольной группы – $8,4 \pm 1,2$ койко-дня ($P < 0,05$).

Изучены также отдаленные результаты лечения. Так, отдаленные результаты лечения прослежены у 39 (69,9 %) больных основной группы и у 42 (72,4 %) пациентов контрольной группы в сроки от 6-ти месяцев до 1-го года.

При изучении отдаленных результатов лечения мы выяснили наличие болей в области заднего прохода при дефекации, возникновения трещины или сужения анального канала.

Среди 42 больных контрольной группы тупые боли при дефекации, отмечали 8 (19 %) пациентов, а среди 39 больных основной группы такие боли отмечали 5 (12,8 %) пациентов. Анальная трещина образовалась у 4 (9,5 %) больных контрольной группы и 2 (5,1 %) пациентов основной. Сужение анального

канала наступило у 3 (7,1 %) больных контрольной и 1 (2,5 %) пациента основной группы.

Таким образом, сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения тромбированного геморроя II–III степени у больных контрольной и основной групп свидетельствует о том, что предложенная нами усовершенствованная методика закрытой геморроидэктомии обеспечивает благоприятный послеоперационный период, сокращает срока стационарного лечения больных, снижает число различных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

Выводы

1. Усовершенствован метод закрытой геморроидэктомии, заключающийся в погружении культи сосудистых ножек иссеченных геморроидальных узлов в подслизистый слой.

2. Применение усовершенствованной методики закрытой геморроидэктомии позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре и снизить число осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

Литература

1. Шелыгин Ю.А. Справочник колопроктолога / Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный. М.: Литтерра, 2012. С. 64–89.
2. 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.
3. 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., 1974. 38 с.
4. Мельман Е.П. Функциональная морфология прямой кишки и структурные основы патогенеза геморроя / Е.П. Мельман, И.Г. Дацун. М.: Медицина, 1986. 176 с.
5. Генри М. Колопроктология и тазовое дно / М. Генри, М. Свош. М.: Медицина, 1988. 464 с.
6. Воробьев Г.И. Геморрой. / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный. М.: Литтерра, 2010. 198 с.
7. Excision of thrombosed external hemorrhoid under local anesthesia: a retrospective evaluation of 340 patients / J. Jonden, S. Bach, S.H. Stubinger, J.U. Bock // Dis Colon Rectum. 2003. Vol. 46. P. 1226–1231.