

УДК 615.351-089:615.3

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СМЕШАННОГО ГЕМОРРОЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИФИДУМБАКТЕРИНА

А.М. Мадаминов, Н.Н. Исмаилов, Ы.А. Бектенов, Р.Н. Люхуров

Проведен анализ наиболее часто встречающегося в проктологической практике заболевания – геморроя.

Ключевые слова: хронический смешанный геморрой; бифидумбактерин; геморроидэктомия.

SURGICAL TREATMENT OF THE CHRONIC ADMIXED HEMORRHOIDS WITH APPLICATION OF A BIFIDUMBAKTERIN

A.M. Madaminov, N.N. Ismailov, Y.A. Bektenov, R.N. Lyukhurov

It is considered the analysis of the disease which is most often found in proctologic practice – hemorrhoids.

Key words: chronic and combined hemorrhoids; bifidumbakterin; hemorrhoidectomy.

Актуальность. Геморрой – наиболее часто встречающееся в проктологической практике заболевание, не имеющее тенденции к уменьшению, несмотря на постоянное совершенствование методов его лечения [1–3].

В настоящее время для хирургического лечения геморроя широко применяется операция Миллигана – Моргана во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ [4–6]. Ее сутью является иссечение геморроидальных узлов на 3–7–11 часах «по условному циферблату», при положении больного на спине, с прошиванием культей сосудистых ножек и ушиванием образовавшихся ран рассасывающимися нитями. Несмотря на то, что данная операция является радикальной и доступной для широкого круга хирургов, процент осложнений после геморроидэктомии остается все еще высоким.

Достаточно частым и опасным осложнением в ближайшем послеоперационном периоде является кровотечение. Выражен также болевой синдром, существует вероятность инфицирования послеоперационной раны, находящейся в анальном канале и, как следствие, – развитие парапроктита, стриктур анального канала. Этим объясняется интенсивный поиск новых вариантов и модификаций операции Миллигана – Моргана. Кроме того при геморрое происходит резкое снижение уровня бифидофлоры, с параллельным увеличением количества условно патогенных микробов в кишечни-

ке, которое усугубляет послеоперационное течение и увеличивает процент осложнений. Своевременная коррекция биоценоза может уменьшить число послеоперационных осложнений при геморрое.

Цель исследования – улучшить результаты лечения хронического смешанного геморроя.

Задачи исследования:

1. Усовершенствовать метод геморроидэктомии по Миллигану – Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ.
2. Определить целесообразность применения бифидумбактерина до и после операции при хроническом смешанном геморрое.
3. Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического смешанного геморроя с применением и без применения бифидумбактерина.

Материал и методы. Материалом данного исследования являются результаты обследования и лечения 97 больных со смешанной формой хронического геморроя, находившихся в хирургическом отделении № 2 Ошской межобластной объединенной клинической больницы за 2011–2012 гг. В зависимости от методов оперативного лечения хронического смешанного геморроя, а также применения в до- и послеоперационном периодах бифидумбактерина, пациенты были разделены на две группы.

В основную группу вошли 58 (60 %) больных, оперированных по предложенной нами методике,

у которых в до- и послеоперационном периодах применен бифидумбактерин. В контрольную группу вошли 39 (40 %) больных, которым произведена традиционная геморроидэктомия по Миллигану – Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ.

Мужчин было 75 (77,3 %), а женщин – 22 (22,7 %). Большинство больных были в возрасте от 20 до 50 лет – 83 (85,5 %), т. е. в наиболее трудоспособном возрасте. Средний возраст больных составил 40 лет. Длительность заболевания у больных хроническим смешанным геморроем составила от 7 до 32 лет. Для обследования больных были применены, кроме общеклинических исследований, ряд инструментальных, а также специальных методик. Обследование пациентов мы начинали с тщательного сбора жалоб, выяснения анамнеза жизни и болезни, осмотра пациента.

Из специальных методов исследования мы использовали осмотр перианальной области в коленолоктевом положении больного. Затем осуществляли пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию. Такие исследования проведены всем 97 (100 %) больным.

При наличии жалоб на запоры или поносы, патологические выделения из прямой кишки мы осуществляли колоноскопию или ирригоскопию. Колоноскопия проведена у 17 (17,5 %) больных, а ирригоскопия – у 23 (23,7 %) пациентов. Для оценки функционального состояния анального сфинктера проводили сфинктерометрию. Такое исследование проведено у всех 97 (100 %) больных. У всех больных был исследован кал на дисбактериоз до и после применения бифидумбактерина. Всем больным проводилось гистологическое исследование иссеченных геморроидальных узлов.

Результаты лечения и их обсуждение. Учитывая, что при хроническом смешанном геморрое, кроме выпадения внутренних геморроидальных узлов (хронический внутренний геморрой III–IV стадии), имело место и круговое расположение наружных геморроидальных узлов без четких границ, нами была разработана усовершенствованная методика геморроидэктомии, которая заключалась в следующем: после иссечения внутренних геморроидальных узлов и ушивания ран анального канала нами осуществлялось круговое иссечение наружных геморроидальных узлов, без повреждения зубчатой линии, с ушиванием круговой раны рассасывающимися нитями.

Кроме того больным основной группы до и после операции давали жидкий живой бифидумбактерин, получаемый из местной флоры, изготавливаемый Институтом медицинских проблем Южного отделения НАН КР и обладающий высокой

устойчивостью к антибиотикам и химическим препаратам.

В день поступления больного в стационар, исходя из результатов исследования кала на дисбактериоз, назначали бифидумбактерин за 30 минут до еды внутрь: первая порция – 20–25 доз, вторая и третья – по 10 доз с интервалом между приемами бифидумбактерина 3,5–4 часа. Кроме того, во время подготовки к операции после каждой очистительной клизмы и отхождения остаточных вод в прямую кишку вводили по 20–30 доз бифидумбактерина, который последний раз вводился за три часа до операции. В послеоперационном периоде, ежедневно во время перевязок, в прямую кишку 2 раза в день в виде микроклизмы вводили по 20 доз бифидумбактерина в течение 5 дней. В дальнейшем вводили по 10–15 доз 2 раза в день до полного заживления ран. Больные также продолжали прием бифидумбактерина по 8–10 доз перорально 3 раза в день вплоть до выписки из стационара. Такая методика лечения проведена у больных основной группы, а у больных контрольной группы осуществлена типичная операция геморроидэктомии по Миллигану – Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ.

При изучении результатов лечения нами были использованы такие основные критерии, как выраженность и длительность местного болевого синдрома, кровотечение, сроки болевого отхождения газов и стула, развитие стриктуры, нагноение послеоперационной раны, вздутие живота, анальный зуд, развитие запоров.

Так, у больных основной группы отхождение газов наблюдалось через 20–24 часа после операции, а в контрольной группе – через 40–48 часов. Первый стул у больных основной группы был на 2–3-й день после операции, а в контрольной группе – на 4–5-е сутки.

У больных основной группы острые боли в области послеоперационных ран уменьшились через 6–8 часов, а в контрольной группе – через 10–12 часов. У больных основной группы вздутия живота не наблюдалось, а среди больных контрольной группы наблюдалось вздутие живота у 2 (5,1%) пациентов. В послеоперационном периоде у 2 (3,4 %) больных основной группы и 12 (30,7 %) пациентов контрольной группы наблюдались запоры. Анальный зуд у больных основной группы не наблюдался, а среди больных контрольной группы такое явление отмечено у 2 (5,1 %) пациентов. В послеоперационном периоде кровотечение среди больных основной группы не отмечено, а в контрольной группе у 3 (7,7 %) пациентов наблюдалась это осложнение, потребовавшее повторного хирургического вмешательства. В контрольной группе

у 2 (5,1 %) больных послеоперационные раны нагноились, у 1 (2,5 %) наступило рубцовое сужение ануса. Такие осложнения среди больных основной группы не наблюдались. Грануляция послеоперационных ран у больных основной группы наблюдалась на 4–5-е сутки, а у больных контрольной группы – на 6–9-е сутки.

Длительность пребывания больных на стационарном лечении несколько отличалось в основной и контрольной группах. Так, больные основной группы на койке в среднем находились 9,3 койко-дня, а пациенты контрольной группы – 10,5 койко-дня.

Таким образом, сравнительный анализ результатов лечения у больных основной и контрольной групп свидетельствует о том, что усовершенствованная нами методика геморроидэктомии с применением бифидумбактерина обеспечивает более благоприятный послеоперационный период. Значительно сокращаются сроки стационарного лечения больных. До минимума снижается число различных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Выводы

1. Усовершенствован метод геморроидэктомии по Миллигану – Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ.

2. Применение бифидумбактерина является целесообразным при наличии дисбактериоза у больных хроническим смешанным геморроем.
3. Усовершенствованная методика геморроидэктомии в сочетании с использованием бифидумбактерина позволяет снизить число послеоперационных осложнений и длительность пребывания больных в стационаре.

Литература

1. *Воробьев Г.И.* Выбор метода лечения геморроя / Г.И. Воробьев, Л.А. Благодарный // Хирургия. 1999. № 8. С. 50–55.
2. *Воробьев Г.И.* Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.Д. Шельгин, Л.А. Благодарный. М.: Митра-Пресс, 2002. 191 с.
3. *Федоров В.Д.* Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1984. 379 с.
4. *Ривкин В.Л.* Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1994. 240 с.
5. *Ривкин В.Л.* Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.
6. *Федоров В.Д.* Клиническая оперативная колопроктология / В.Д. Федоров, Г.И. Воробьев, В.Л. Ривкин. М., 1984. 432 с.