

УДК 616.147.17-007.64-005.1-089

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ III–IV СТАДИИ, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ И АНЕМИЕЙ

А.М. Мадаминов, М.М. Малькави

Приводится сравнительный анализ эффективности двух методов оперативного лечения хронического геморроя III–IV стадии, осложненного кровотечением и анемией.

Ключевые слова: геморрой; болевой синдром; геморроидэктомия; анемия; кровотечение.

A METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS STAGE III-IV COMPLICATED BY BLEEDING AND ANEMIA

А.М. Madaminov, М.М. Malkavi

The article contains a comparative analysis of the effectiveness of two methods of surgical treatment of hemorrhoids stage III–IV complicated by bleeding and anemia.

Keywords: hemorrhoids; pain syndrome; hemorrhoidectomy; anemia; bleeding.

Актуальность. Геморрой – одно из самых распространенных заболеваний человека [1]. Удельный вес геморроя в структуре колопроктологических заболеваний составляет 34–41 % [2–4].

Основными симптомами хронического геморроя являются появление крови и выпадение внутренних геморроидальных узлов при дефекации [5–7]. По данным различных авторов, прямокишечное кровотечение алой кровью от мелких капилляров и прожилок до обильных является частым симптомом хронического геморроя у 23–58 % больных [8, 9]. Редкие потери крови в небольшом количестве компенсируются организмом, а кровотечение, наблюдающееся при каждой дефекации в течение длительного времени в 3–9,5 % приводит к возникновению гипохромной анемии [7, 10, 11]. Реже наблюдается обильное, профузное кровотечение. Такое кровотечение, по данным некоторых авторов, встречается у 1,5–3,6 % больных хроническим геморроем [10, 12]. До сегодняшнего дня существуют различные мнения по поводу лечения больных хроническим геморроем, осложненным кровотечением и анемией [13, 14].

Одни авторы предлагают сразу же осуществлять геморроидэктомию во время кровотечения [15, 16], другие же рекомендуют сначала остановить кровотечение из геморроидальных узлов любым способом и только потом осуществлять

гемorroидэктомию [12, 14]. Чтобы выполнить такую операцию, некоторые авторы считают достаточным уровень гемоглобина свыше 60–70 г/л [15, 16], а другие предлагают поднять уровень гемоглобина до 100 г/л и более [4, 17, 18]. Некоторые авторы считают, что геморроидэктомия, которая осуществляется во время профузного кровотечения и высокой степени анемии, приводит к образованию выраженных рубцов в области заднего прохода, удлиняет сроки лечения до 1,5–3 месяцев [18–20].

Исходя из вышеизложенного, следует отметить, что до сегодняшнего дня не определены оптимальные методы остановки геморроидальных кровотечений, сроки проведения оперативного вмешательства при этом, а также пути уменьшения потери крови во время проведения геморроидэктомии. Поэтому актуальным является усовершенствование методики геморроидэктомии, а также уточнения сроков проведения такой операции при определенном уровне гемоглобина.

Цель работы – улучшить результаты хирургического лечения хронического геморроя, осложненного кровотечением и анемией.

Материалы и методы исследования. Материалом данного исследования являются результаты обследования и лечения 250 больных хроническим геморроем III–IV стадии, находившихся

в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики за 2014–2015 годы.

В зависимости от методов лечения геморроя пациенты были разделены на две группы. В первую – основную группу вошли 130 (52,0 %) больных, оперированных по предложенной нами методике геморроидэктомии.

Во вторую – контрольную группу, вошли 120 (48,0 %) больных, которым была произведена геморроидэктомия по Миллигану – Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ.

Мужчин было 138 (55,2 %), а женщин – 112 (44,8 %). Большинство больных – 175 (70,9 %) – были в возрасте от 21 до 50 лет, т. е. в наиболее трудоспособном возрасте. Средний возраст больных составил $40,2 \pm 1,15$ года. Длительность заболевания у больных различными формами геморроя составила от нескольких дней до 35 лет. Средняя продолжительность болезни составила $10,9 \pm 0,9$ года.

Все эти больные страдали хроническим геморроем III–IV стадии с периодическим кровотечением или обильными кровотечениями, поэтому всем им было проведено оперативное вмешательство.

Для обследования больных, которым планировалось хирургическое вмешательство, были применены, кроме общеклинических исследований и ряд инструментальных, а также 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 колено-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, страдающим хроническим геморроем, проводили ректороманоскопию, во время которой мы оценивали состояние слизистой оболочки прямой кишки и геморроидальных узлов.

При наличии жалоб на запоры и патологические выделения из прямой кишки осуществляли колоноскопию и ирригоскопию. Колоноскопия проведена у 25 (10 %) больных, а ирригография – у 40 (16 %) пациентов. Для оценки функционального состояния сфинктера заднего прохода прово-

дилась сфинктерометрия по А.М. Аминову. Такое исследование проведено у 80 (32 %) больных.

Для выявления картины свертывающей системы крови у 210 (84 %) больных были исследованы протромбиновый индекс, количество тромбоцитов и время свертывания крови по Моравицу. В послеоперационном периоде, для выяснения интенсивности местного воспалительного процесса в области послеоперационных ран, у 120 (48 %) больных в обеих клинических группах проводилась местная ректальная термометрия на 3-и, 6-е и 9-е сутки.

Всем больным проводилось гистологическое исследование иссеченных геморроидальных узлов.

Результаты лечения и их обслуживание. Сравнительная оценка эффективности проведенного лечения выполнялась между геморроидэктомией по Миллигану – Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ и предложенной нами усовершенствованной методике оперативного лечения геморроя.

Разработанная нами усовершенствованная методика геморроидэктомии заключается в следующем: под сакральной анестезией; после отработки операционного поля и дивульсии анального сфинктера ректальным зеркалом, основание внутренних и наружных геморроидальных узлов, расположенных по всей окружности заднепроходного отверстия, прошивали циркулярно П-образными швами с целью минимизации кровопотери во время операции у больных с постгеморрагической анемией. После чего все геморроидальные узлы иссекали, контроль на гемостаз.

Таким образом, предложенный нами способ геморроидэктомии за счет того, что сначала основания всех геморроидальных узлов прошиваются П-образными швами и только после этого иссекаются геморроидальные узлы, резко снижает возможность развития кровотечения во время операции и в послеоперационном периоде.

При изучении результатов хирургического лечения у 250 больных хроническим геморроем III–IV стадии, разделенных на две группы в зависимости от характера оперативного вмешательства, нами были использованы такие основные критерии, как выраженность и длительность местного болевого синдрома, кровотечения различной выраженности, результаты ректальной термометрии, развитие стриктур и трещин анального канала, сроки пребывания больных в стационаре, частота рецидивов заболевания.

Выраженность и длительность местного болевого синдрома в послеоперационном периоде, особенно во время акта дефекации, в основной и контрольной группах была различной.

Если в контрольной группе острый болевой синдром наблюдался у 80 (66,7 %) больных, то в основной группе этот синдром наблюдался у 50 (38,4 %) пациентов, что объясняется меньшей выраженностью в ранах анального канала местного воспалительного процесса в послеоперационном периоде. Этот факт подтверждается данными термометрии анального канала на 3-и, 6-е и 9-е сутки после операции, которая была проведена 75 (57,7 %) пациентам основной группы и 50 (41,7 %) больным контрольной. Нами было выявлено, что средние показатели термометрии в анальном канале на 3-и, 6-е и 9-е сутки после операции в основной группе составляли $37,2\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 0,1\text{ }^{\circ}\text{C}$; $37,3\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 0,2\text{ }^{\circ}\text{C}$; $37,1\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 0,1\text{ }^{\circ}\text{C}$, а в контрольной группе эти показатели несколько выше – $37,2\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 0,2\text{ }^{\circ}\text{C}$; $37,7\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 0,3\text{ }^{\circ}\text{C}$; $37,4\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 0,1\text{ }^{\circ}\text{C}$, соответственно. Меньшая степень выраженности болевого синдрома после применения усовершенствованной нами методики геморроидэктомии объясняется еще и тем, что если культей ножек отсеченных геморроидальных узлов как таковых нет, то травматизации ран при прохождении каловых масс не наблюдается.

Большая инфицированность ран после геморроидэктомии по Миллигану – Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ может стать причиной развития острого парапроктита. Это подтверждается тем, что такое осложнение наблюдалось у 1 (0,8 %) больного контрольной группы. Среди больных основной группы такое осложнение не наблюдалось. При сравнении частоты развития выраженного кровотечения из прямой кишки после операции, которое является наиболее грозным осложнением, оказалось, что такие кровотечения среди больных основной группы вообще не наблюдались, а в контрольной группе у 2 (1,6 %) пациентов в раннем послеоперационном периоде открылись кровотечения из культи сосудистой ножки отсеченного геморроидального узла за счет соскальзывания лигатуры, потребовавшие повторного оперативного вмешательства.

Выделение крови из прямой кишки в небольшом количестве после первой перевязки наблюдалось у 9 (6,9 %) больных основной группы и у 19 (15,8 %) пациентов контрольной группы. Причиной такой разницы является отсутствие культи ножек отсеченных геморроидальных узлов у больных основной группы.

В ближайшем послеоперационном периоде, на 3–4-е сутки после операции, затруднение при акте дефекации отмечали 24 (24 %) больных контрольной группы, а в основной группе такое явление наблюдалось у 18 (7,7 %) пациентов. Это можно объяснить интенсивностью местного воспалительного процесса во время заживления раны.

В послеоперационном периоде у 5 (4,2 %) больных контрольной группы и у 2 (1,5 %) пациентов основной группы наблюдалась рефлекторная задержка мочеиспускания.

Длительность пребывания больных на стационарном лечении существенно отличалась в контрольной и основной группах. Так, у больных основной группы этот период в среднем составил $9,9 \pm 1,2$ койко-дня, а у пациентов контрольной группы – $11,9 \pm 1,09$ койко-дня ($P < 0,05$).

Разница длительности пребывания больных на койке в стационаре на первый взгляд не очень велика, но, учитывая экономическое положение в нашей республике и количество больных, оперирующихся по поводу геморроя, эта цифра становится достаточно значимой. Сокращение пребывания больных на стационарном лечении на 2 и более койко-дня без какого-либо ущерба для здоровья оперированных больных дает существенный экономический эффект.

Так, отдаленные результаты лечения в сравнительном аспекте прослежены у 110 (84,6 %) больных основной группы и у 80 (66,6 %) пациентов контрольной группы в сроки от 6-ти месяцев до 2-х лет.

Изучение отдаленных результатов лечения также показало преимущества предложенной нами методики хирургического лечения геморроя. Боли при акте дефекации отмечали 14 (17,5 %) пациентов контрольной группы, а среди больных основной группы такое явление наблюдалось у 6 (5,4 %) человек.

Среди больных контрольной группы стриктура анального канала наблюдалась у 3 (3,7 %), а в основной группе у 1 (0,9 %) пациента. По-видимому, это было связано с наличием менее грубых рубцов в аноректальной области из-за экономного иссечения слизистой оболочки анального канала и кожи промежности вместе с геморроидальными узлами. Эти же факторы служили причинами развития или отсутствия анальной трещины. Анальная трещина отмечена у 5 (6,2 %) больных контрольной группы, и у 2 (1,8 %) пациентов основной. На незначительные кровотечения после акта дефекации жаловались 82 (15 %) больных контрольной группы и 3 (2,7 %) пациента основной группы.

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

и отдаленном периодах, что имеет большое социально-экономическое значение.

Хорошие функциональные и анатомические результаты предложенной нами методики геморроидэктомии, ее простота и доступность позволяют рекомендовать ее для более широкого применения при лечении больных хроническим геморроем III–IV стадии, а также при наличии кровотечения и анемии II–III степени тяжести в хирургических и колопроктологических отделениях лечебно-профилактических организаций.

Выводы

1. Разработана и внедрена в клиническую практику усовершенствованная методика геморроидэктомии при хроническом геморрое, осложненном кровотечением и анемией.

2. Показанием к применению усовершенствованной методики геморроидэктомии является хронический геморрой, осложненный кровотечением и анемией II–III степени тяжести.

3. Приведенный сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения хронического геморроя, осложненного кровотечением и анемией, двумя способами, показал преимущество усовершенствованной методики геморроидэктомии.

Литература

1. Федоров В.Д. Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1984. 384 с.
2. Воробьев Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.Д. Шельгин, Л.А. Благодарный. М.: Митра-Пресс, 2002. 191 с.
3. Ривкин В.Л. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.
4. Шельгин Ю.А. Выбор способа геморроидэктомии при хроническом геморрое / Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный, Л.М. Хмылов // Хирургия. 2003. № 8. С. 39–45.
5. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое обоснование выбора способа лечения геморроя: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л.А. Благодарный. М., 1999. 56 с.
6. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2006. 432 с.
7. Коплатадзе А.М. Тактика лечения больных геморроем, осложненным кровотечением и постгеморрагической анемией / А.М. Коплатадзе, В.М. Проценко, Э.Э. Болквадзе и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2007. Т. 17. № 6. С. 41–45.
8. Проценко В.М. Тактика лечения больных геморроем, осложненным анемией / В.М. Проценко, М.А. Егоркин, Э.Э. Алекперов // Сб. "Проблемы колопроктологии". М., 2002. Вып. 18. С. 190–194.
9. Ривкин В.Л. Геморрой. Запоры / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер. М.: Медпрактика, 2000. 158 с.
10. Ан В.К. О профузных геморроидальных кровотечениях / В.К. Ан, В.А. Полукаров, Е.А. Левина // Сб. "Проблемы колопроктологии". М., 2002. Вып. 18. С. 34–36.
11. Вовк Е.И. Геморрой: неотложная помощь, стратегия, лечение, профилактика / Е.И. Вовк // РМЖ. 2001. Т. 9. № 20. С. 857–871.
12. Мазунин В.Д. Опыт лечения больных с острым геморроидальным кровотечением / В.Д. Мазунин // Сб. "Проблемы колопроктологии". М., 2006. С. 162–163.
13. Благодарный Л.А. Лечение кровоточащего геморроя первой стадии / Л.А. Благодарный, И.В. Костарев // Колопроктология. 2008. № 1. С. 17–19.
14. Фролов С.А. Склеротерапия детергентами – метод выбора лечения больных кровоточащим геморроем, осложненным анемией / С.А. Фролов, Л.А. Благодарный, И.В. Костарев // Колопроктология. 2011. № 2. С. 23–27.
15. Наврузов С.Н. Тактика при анамезирующем геморроидальном кровотечении / С.Н. Наврузов, Н.А. Ходжимухамедова // Сб. "Проблемы реабилитации проктологических больных". Минск, 1998. С. 22–23.
16. Помазкин В.И. Геморроидэктомия с применением непрерывного возвратного гемостатического шва / В.И. Помазкин, Ю.В. Мансуров // Колопроктология. 2006. № 2. С. 12–16.
17. Ан В.К. Неотложная проктология / В.К. Ан, В.Л. Ривкин. М., 2003. 193 с.
18. Кузнецов Н.А. Современные технологии лечения острой кровопотери / Н.А. Кузнецов // Consilium medicum. 2003. Т. 5. № 6. С. 347–357.
19. Соболева С.Я. Сравнительная характеристика хирургических методов лечения хронического геморроя: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.Я. Соболева. СПб., 2014. 16 с.
20. Стойко Ю.М. Патогенетический выбор эффективного лечения пациентов с геморроем / Ю.М. Стойко, В.А. Сотникова // Consilium medicum. 2010. № 1. С. 28–32.