

УДК 616.35-036.12-089

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ III–IV СТАДИИ В СОЧЕТАНИИ С АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

А.М. Мадаминов, Р.Н. Люхуров, М.М. Малькави

Приводятся особенности хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с анальной трещиной.

Ключевые слова: геморрой; геморроидэктомия; сфинктрометрия; ушивание.

FEATURES OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS IN III–IV STAGE COMBINED WITH ANAL FISSURE

А.М. Madaminov, R.N. Lyukhurov, M.M. Malkavi

The features of surgical treatment of chronic hemorrhoids in the III–IV stage in combination with anal fissure are given.

Keywords: hemorrhoid; hemorrhoidectomy; suturing; sealing.

Актуальность. В последние годы наблюдается рост числа больных с запущенными стадиями хронического геморроя, причем очень часто геморрой сочетается с анальной трещиной [1].

Если распространенность геморроя составляет 140–160 человек на 1000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется в пределах 34–41 % [2, 3], то частота возникновения анальной трещины колеблется от 11 до 15 % среди заболеваний толстой кишки и составляет 20–23 случая на 1000 взрослого населения [4]. При этом сочетание этих двух заболеваний встречается в 7–25 % случаев [5].

Сочетание геморроя и анальной трещины является патогенетически связанными заболеваниями [6].

Диагностика, дифференциальная диагностика и выбор метода лечения сочетанных заболеваний прямой кишки представляют собой сложную и еще не до конца решенную проблему [7].

При хирургическом лечении сочетанных заболеваний прямой кишки встает вопрос: разделить оперативное вмешательство на два этапа или произвести одновременную хирургическую коррекцию сочетанной патологии, и когда следует поступать тем или иным образом [8].

Вопросы хирургического лечения хронического геморроя в сочетании с анальной трещиной, их ближайшие и отдаленные результаты, возможные осложнения являются актуальными и в настоя-

щее время, что требует особого подхода к выбору метода оперативного лечения этой сочетанной патологии [5, 8, 9].

В последние годы наметился заметный рост интереса колопроктологов к сочетанным операциям в области прямой кишки. Эти операции избавляют больных от повторных хирургических вмешательств, приносят экономический и психологический эффект [10]. Поэтому большинство колопроктологов считают, что таким больным, подлежащим к хирургическому лечению, надо осуществлять сочетанные операции [1].

Они считают, что эти операции занимают не больше времени, чем каждая из них в отдельности, а осложнения после них ни по степени тяжести, ни по частоте не отличаются от таковых при отдельных вмешательствах [1].

При таком подходе проблематичным становится иссечение анальной трещины в сочетании с боковой подкожной сфинктеротомией, поскольку, с одной стороны, эта операция не является методом лечения хронического геморроя, а с другой – существует риск развития анального недержания в послеоперационном периоде [9].

Несмотря на это, одни авторы при сочетании хронического геморроя с анальной трещиной предлагают осуществлять сочетанные операции [1, 8], а другие – рекомендуют подходить к этому вопросу очень осторожно из-за увеличения процента пос-

леоперационных осложнений после хирургических вмешательств [6].

Вышеизложенное указывает, что до настоящего времени нет окончательно сформулированных, четко обоснованных показаний и противопоказаний к сочетанным операциям при хроническом геморрое в сочетании с анальной трещиной. Поэтому поиск рациональной методики хирургического лечения хронического геморроя в сочетании с анальной трещиной остается актуальным.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с анальной трещиной.

Задачи исследования.

1. Разработать и внедрить в клиническую практику усовершенствованную методику хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании хронической с анальной трещиной.

2. Разработать способ ушивания раны после иссечения хронической анальной трещины.

3. Определить показания к применению усовершенствованной методики хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной.

4. Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной различными методиками в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

Материал и методы исследования. За последние 4 года в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики находились на обследовании и лечении 265 больных с хроническим геморроем III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной. В зависимости от применявшихся сочетанных методов оперативного лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной больные были разделены на две группы. Сравнительная оценка эффективности проведенного лечения выполнялась между этими двумя группами пациентов.

В контрольную группу были включены 130 (49 %) больных, которым были осуществлены: геморроидэктомия по Миллигану – Моргану во второй модификации Государственного научного центра колопроктологии Министерства здравоохранения Российской Федерации (закрытая геморроидэктомия), иссечение анальной трещины с оставлением послеоперационной раны открытой и боковая подкожная сфинктеротомия.

В основную группу вошли 135 (51 %) больных, которым были проведены сочетанные операции по усовершенствованным нами методикам.

Мужчин было 148 (55,9 %), женщин – 117 (44,1 %). Большинство пациентов (224, 84,5 %) были в возрасте 30–60 лет, т. е. в наиболее трудоспособном возрасте. Из 265 больных у 136 (51,3 %) пациентов был хронический геморрой III стадии в сочетании с хронической анальной трещиной, а у 129 (48, 7 %) – хронический геморрой IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной. У 226 (85,3 %) больных анальная трещина локализовалась на 6 часах по условному циферблату, а у 39 (14,7 %) – анальная трещина локализовалась на 12 часах.

Для обследования больных с хроническим геморроем III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной кроме общеклинических исследований, были проведены инструментальные, а также специальные методы исследований.

Результаты лечения и их обсуждение. В сравнительном аспекте изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной.

В послеоперационном периоде выраженный болевой синдром отмечен у 93 (71,5 %) пациентов контрольной группы и у 56 (41,5 %) больных основной группы. На 3–4-й день после операции во время первой дефекации боль возникла у 76 (58,4 %) больных контрольной группы и 32 (23,7 %) пациентов основной группы. Кроме того, на 7–8-е сутки после операции тупые боли отмечали 68 (52,3 %) пациентов контрольной группы и 29 (21,5 %) больных основной группы. Боль практически исчезала на 9–10-е сутки после операции у всех больных. Среди больных контрольной группы у 2 (1,5 %) пациентов в раннем послеоперационном периоде развилось кровотечение. При ревизии послеоперационных ран выяснилось, что причиной кровотечения является соскальзывание лигатуры с культи сосудистой ножки иссеченного геморроидального узла на 11 часах по условному циферблату, что потребовало повторного ушивания раны культи сосудистой ножки геморроидального узла. Среди больных основной группы такое осложнение не наблюдалось.

На следующий день после операции во время первой перевязки, когда удаляли марлевую салфетку из анального канала, отмечено незначительное выделение крови из прямой кишки у 39 (30 %) пациентов контрольной группы и у 12 (8,9 %) больных основной группы. У 5 (3,8 %) больных контрольной группы и у 2 (1,5 %) пациентов основной группы наблюдалась рефлекторная задержка мочеиспускания в послеоперационном периоде, что потребовало катетеризации мочевого пузыря и назначения 0,05–1,0 %-ного раствора прозерина подкожно. На 3–4-е сутки после операции 37 (28,5 %) больных контрольной группы и 14 (10,4 %) па-

циентов основной группы отмечали затруднение дефекации. В послеоперационном периоде у 1 (0,8 %) больного контрольной группы развился острый парапроктит, потребовавший повторного оперативного вмешательства. Такое осложнение среди больных основной группы не наблюдалось. Измерение температуры в °С в анальном канале на 3–5–7-е сутки после операции показало меньшую выраженность местного воспалительного процесса в ранах анального канала у больных основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы: $37,3 \pm 0,2$; $37,5 \pm 0,1$; $37,2 \pm 0,1$ и $37,4 \pm 0,3$; $37,8 \pm 0,2$; $37,3 \pm 0,2$ соответственно.

Больные контрольной группы в стационаре находились в среднем $10,6 \pm 1,1$ койко-дня, а пациенты основной группы – $9,2 \pm 0,4$ койко-дня. Сроки нетрудоспособности у больных контрольной группы в среднем равнялись $30,2 \pm 1,4$ дня, а у пациентов основной группы – $28,4 \pm 1,2$ дня.

Нами в сравнительном аспекте изучены также отдаленные результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной в сроки от 6 месяцев до 3 лет у 75 (57,7 %) больных контрольной группы и у 78 (57,8 %) пациентов основной группы. При этом установлено, что среди больных контрольной группы у 8 (10,7 %) пациентов развилась недостаточность анального сфинктера первой степени, у 3 (4 %) человек наступила стриктура заднего прохода, а у 6 (8 %) больных отмечались невыраженные тупые боли при дефекации, у 5 (6,7 %) пациентов при дефекации наблюдалось незначительное выделение крови, у 4 (5,3 %) человек наступил рецидив анальной трещины. Среди больных основной группы в отдаленные сроки у 2 (2,6 %) пациентов развилась недостаточность анального сфинктера первой степени, у 1 (1,3 %) больного выявлена стриктура заднего прохода, у 3 (3,9 %) пациентов во время дефекации появились слабые тупые боли, а у 2 (2,6 %) человек наблюдалось скудное выделение крови при дефекации, рецидив анальной трещины наступил у 1 (1,3 %) больного.

Таким образом, сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной двумя методиками сочетанных операций показал преимущества предложенной нами усовершенствованной методики сочетанного оперативного вмешательства. Данная усовершенствованная методика хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной значительно сокращает сроки пребывания больных в стационаре и амбулаторного долечивания, до минимума снижает число осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

Выводы

1. Разработана и внедрена в клиническую практику усовершенствованная методика хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной.

2. Разработан способ ушивания раны после иссечения хронической анальной трещины.

3. Определены показания к применению усовершенствованной методики хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной.

4. Проведенный сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной разными способами показал преимущество усовершенствованной методики оперативного вмешательства в виде снижения недостаточности анального сфинктера с 10,7 до 2,7 %.

Литература

1. Алипов В.Ю. О целесообразности сочетанных операций у проктологических больных / В.Ю. Алипов, А.Б. Сорокин // Хирургия. 2000. № 1. С. 43–45.
2. Алипов В.Ю. Хирургическое лечение сочетанных заболеваний аноректальной области / В.Ю. Алипов, А.Ф. Филон // Проблемы колопроктологии. М., 1998. С. 13–16.
3. Благодарный Л.А. Результаты консервативного лечения хронической анальной трещины в сочетании с кровоточащим геморроем / Л.А. Благодарный, Е.Е. Жарков // Колопроктология. 2007. № 1. С. 34–38.
4. Воробьев Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. М.: Митра-Пресс, 2002. 198 с.
5. Кулжабаев Т. Сочетание геморроя и анальной трещины. Диагностика и лечение / Т. Кулжабаев // Актуальные проблемы колопроктологии. Волгоград, 1997. С. 74–77.
6. Кулжабаев Т. Сочетанные проктологические заболевания – патогенез и хирургическое лечение / Т. Кулжабаев // Межд. Мед. журнал. 1999. Т. 2. № 7–8. С. 446–448.
7. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. М.: ООО “Медицинское информационное агентство”, 2006. 432 с.
8. Ривкин В.Л. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.
9. Седлецкий Ю.И. Отдаленные результаты сочетанных операций и их экономическая эффективность / Ю.И. Седлецкий, Ш.Х. Ганцев, Э.Н. Призраков // Вестник хирургии. 1991. № 4. С. 135–137.
10. Федоров В.Д. Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1984. 384 с.