

УДК 616.147.17-007.64-036.12-005.1-089

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ III–IV СТАДИИ, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*А.М. Мадаминов, М.М. Малькави, А.Ю. Айсаяев, Р.Н. Люхуров*

Приводятся результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии, осложненного кровотечением двумя методами геморроидэктомии.

*Ключевые слова:* геморрой; кровотечение; геморроидэктомия.

---

## RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHOIDS STAGE III–IV, BLEEDING COMPLICATIONS

*A.M. Madaminov, M.M. Malkawi, A.Yu. Aisaev, R.N. Liukhurov*

This article presents the results of surgical treatment of hemorrhoids stage III–IV, complicated by bleeding in two methods hemorrhoidectomy.

*Keywords:* hemorrhoids; bleeding; hemorrhoidectomy.

**Актуальность.** Одним из распространенных заболеваний человека является геморрой. Геморроем страдает 10–15 % взрослого населения [1]. Его удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41 % [2].

Социальная значимость проблемы геморроя определяется тем, что подавляющее большинство больных (84–90 %) с данным заболеванием составляют лица трудоспособного возраста [2]. Основными симптомами хронического геморроя являются выпадение геморроидальных узлов и кровотечение. Причем при IV стадии хронического геморроя, из-за постоянного выпадения геморроидальных узлов, внутренние и наружные геморроидальные узлы сливаются между собой. При этом геморроидальные узлы располагаются по всей окружности заднепроходного отверстия [2, 3].

При хроническом геморрое наиболее частым осложнением является непрекращающееся выделение крови из анального канала, приводящее к выраженной анемии со снижением гемоглобина до 40–50 г/л [1–4].

Для лечения хронического геморроя, осложненного кровотечением, применяют различные медикаменты (внутри и местно), малоинвазивные и хирургические методы [1–5]. Основным способом лечения такого хронического геморроя остается хирургический.

Все методики хирургического лечения геморроя можно разделить на несколько групп. К пер-

вой, наиболее распространенной во всем мире, относятся операции геморроидэктомии, направленные на иссечение трех основных коллекторов кавернозной ткани, являющихся геморроидальными узлами. Такая операция в 1937 г. предложена E. Milligan и G. Morgan [1].

По мере накопления опыта геморроидэктомия по Миллигану – Моргану претерпела ряд изменений. Модификация операции геморроидэктомии, разработанная в ГНЦ колопроктологии МЗ РФ заключается в частичном (первая модификация) или полном ушивании ран анального канала (вторая модификация) [4].

Ко второй группе относятся так называемые пластические операции. Такую операцию предложил в 1956 г. A. Parks [1] и назвал ее подслизистой геморроидэктомией.

К третьей группе относится сверхрадикальное циркулярное иссечение слизистой оболочки прямой кишки вместе с геморроидальными узлами, предложенная в 1882 г. W. Whitehead [4].

В последние годы большой интерес представляет метод лечения геморроя, предложенный A. Longo [6]. Широкое внедрение геморроидэктомии в клиническую практику вызвало ряд проблем. Самым существенным недостатком геморроидэктомии является выраженная боль в области послеоперационных ран. Она отмечается у 6,7–34,4 % больных, а после выписки из стационара сохраняется во время акта дефекации у 5,1–31,0 % боль-

ных [1, 2]. Кроме того, в раннем послеоперационном периоде у 6,8–25,8 % пациентов наблюдается задержка мочеиспускания, у 19–33 % – кровотечения [3]. Гнойно-воспалительные осложнения развиваются у 2,0 % оперированных больных [3, 4].

В отдаленные сроки у 0,4 % оперированных больных развивается рубцовый стеноз анального канала, у 7,0–7,5 % – недостаточность анального сфинктера, у 26 % пациентов в течение 4–5 лет сохраняются незначительные анальные расстройства, 0,6–4,0 % больных нуждаются в повторном лечении в связи с рецидивом заболевания [3, 4].

Выполнение геморроидэктомии требует обязательной госпитализации больного, а восстановление трудоспособности пациента может занимать период от 4 до 5 недель [1, 2]. В связи с вышеизложенным вопросы модификации геморроидэктомии и их результаты в настоящее время весьма актуальны.

Таким образом, совершенствование технологии геморроидэктомии, основной задачей которой является снижение количества осложнений, остается актуальным и сегодня.

Цель работы – улучшить результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии, осложненного кровотечением.

Задачи исследования:

1. Разработать и внедрить в клиническую практику усовершенствованную методику геморроидэктомии.

2. Изучить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии, осложненного кровотечением, традиционным и усовершенствованным методами.

**Материал и методы исследования.** За 2014–2015 гг. в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики на стационарном лечении находились 1000 больных с различными формами геморроя. Из 1000 больных 250 (25 %) пациентов были больные хроническим геморроем III–IV стадии, осложненного кровотечением. Все эти больные при поступлении в стационар жаловались на периодическое или обильное кровотечение при дефекации. В зависимости от применяющихся методов оперативного вмешательства больные хроническим геморроем III–IV стадии, осложненного кровотечением, были разделены на две исследуемые группы.

В первую, основную, группу вошли 130 (52,0 %) больных, оперированных по предложенной нами усовершенствованной методике геморроидэктомии.

Во вторую, контрольную, группу, вошли 120 (48,0 %) больных, которым произведена традиционная операция – закрытая геморроидэктомия.

Мужчин было 138 (55,2 %), а женщин – 112 (44,8 %). 175 (70,9 %) больных 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.

Для обследования больных, которым планировалось хирургическое вмешательство, были применены, кроме общеклинических исследований, и ряд инструментальных, а также специальных методик.

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 коленно-локтевом положении больного. Затем осуществляли пальцевое исследование прямой кишки. При этом мы обращали внимание на состояние слизистой оболочки анального канала, на наличие сопутствующей патологии со стороны прямой кишки.

Всем больным, страдающим хроническим геморроем, проводили ректороманоскопию. Во время ректороманоскопии мы оценивали состояние слизистой оболочки прямой кишки и геморроидальных узлов.

При наличии жалоб на запоры и патологические выделения из прямой кишки мы осуществляли колоноскопию и ирригоскопию. Колоноскопия проведена у 25 (10 %) больных, а ирригоскопия – у 40 (16 %) пациентов. Для оценки функционального состояния сфинктера заднего прохода проводилась сфинктерометрия по А.М. Аминеву. 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 обсуждение.** Сравнительная оценка эффективности проведенного лечения выполнялась между закрытой геморроидэктомией и предложенной нами усовершенствованной методикой оперативного лечения геморроя.

Разработанная нами усовершенствованная методика геморроидэктомии заключается в сле-

дующем: под сакральной анестезией, после обработки 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 основание всех геморроидальных узлов прошивается сначала 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 хронического геморроя III–IV стадии у 250 больных, 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, сроки пребывания больных в стационаре, частота развития сужения и трещин анального канала.

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 у пациентов основной группы этот синдром наблюдался у 50 (38,4 %) пациентов. Это 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 отмечена у 60 (46,1 %) пациентов основной группы и у 60 (50 %) больных контрольной группы. Нами было выявлено, что средние показатели термометрии в анальном канале на 3-и, 6-е и 9-е сутки после операции у больных основной группы составляли  $37,2^{\circ} \pm 0,1^{\circ}$ ;  $37,3^{\circ} \pm 0,2^{\circ}$ ;  $37,1^{\circ} \pm 0,1^{\circ}$ , а у пациентов контрольной группы –  $37,2^{\circ} \pm 0,2^{\circ}$ ;  $37,7^{\circ} \pm 0,3^{\circ}$ ;  $37,4^{\circ} \pm 0,1^{\circ}$ , соответственно. Меньшая степень выраженности болевого синдрома после применения усовершенствованной нами методики геморроидэктомии объясняется еще и тем, что таковых культи ножек отсеченных геморроидальных узлов в анальном канале нет, при этом травматизация ран при прохождении каловых масс не наблюдается.

Большая инфицированность ран после традиционной закрытой геморроидэктомии может стать причиной развития острого парапроктита, это подтверждается тем, что такое осложнение наблюдалось у 1 (0,8 %) больного контрольной группы. Среди больных основной группы мы такого осложнения не наблюдали. При сравнении частоты развития выраженного кровотечения из прямой кишки после операции, которое является наиболее грозным осложнением, оказалось, что такое кровотечение среди больных основной группы вообще не наблюдалось, а в контрольной группе отмечено у 2 (1,6 %) пациентов. В раннем послеоперационном периоде открылось кровотечение из культи сосудистой ножки отсеченного геморроидального узла за счет соскальзывания лигатуры, потребовавшее 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 в анальном канале 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 также можно объяснить интенсивностью местного воспалительного процесса в анальном канале во время заживления послеоперационных ран. 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, больные основной группы на койке в среднем находились  $9,9 \pm 1,2$  койко-дня, а пациенты 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 экономический эффект.

Изучены отдаленные результаты хирургического лечения в сравнительном аспекте. Так, отдаленные результаты лечения прослежены у 110

(84,6 %) больных основной группы и у 80 (66,6 %) пациентов контрольной группы в сроки от 6-ти месяцев до 1-го года.

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

Среди больных контрольной группы стриктура анального канала наблюдалась у 3 (3,7 %), а в основной группе – у 1 (0,9 %). Это, по-видимому, 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 группы. На незначительные кровотечения после акта дефекации жаловались 8 (10 %) больных контрольной группы и 3 (2,7 %) пациента основной.

Таким образом, сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии, осложненного кровотечением, у больных контрольной и основной групп свидетельствует о том, что предложенная нами методика геморроидэктомии обеспечивает более благоприятный послеоперационный период и значительно сокращает сроки стационарного лечения больных. До минимума снижается число различных осложнений в ближайшем послеоперационном и отдаленном периодах, а это имеет большое социально-экономическое значение.

Хорошие функциональные и анатомические результаты предложенной нами методики геморроидэктомии, ее простота и доступность позволяют

нам рекомендовать ее более широкое применение для лечения больных хроническим геморроем III–IV стадии, осложненным кровотечением, в хирургических и колопроктологических отделениях лечебно-профилактических организаций.

#### **Выводы**

1. Разработана и внедрена в клиническую практику усовершенствованная методика геморроидэктомии, заключающаяся в циркулярном прошивании II-образными швами основания внутренних и наружных геморроидальных узлов с их последующим иссечением.

2. Изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии, осложненного кровотечением, традиционным и усовершенствованным методами показало преимущества усовершенствованной методики геморроидэктомии.

#### **Литература**

1. *Воробьев Т.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. Щельгин, Л.А. Благодарный. М.: Митра-Пресс, 2002. 198 с.
3. *Основы колопроктологии* / под ред. Г.И. Воробьева. М.: ООО “Медицинское информационное агентство”, 2006. 432 с.
4. *Ривкин В.Л.* Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.
5. *Федоров В.Д.* Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1984. 384 с.
6. *Longo A.* Treatment of haemorrhoids disease by reduction of mucosa and haemorrhoidal prolapsed with circular suturing device of new procedure / A. Longo // 6<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic surgery. Rome, 1998. P. 777–784.