

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ III–IV СТАДИИ

А.М. Мадаминов, Дж.Н. Нурманбетов, Т.Ж. Осмонов

Рассматривается методика проведения геморроидэктомии с первоначальным прошиванием П-образным швом оснований геморроидальных узлов при хроническом геморрое. Показано преимущество применения данного метода в качестве сокращающего сроки долечивания после операции и уменьшающего послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: геморрой; анемия; геморроидэктомия.

В колопроктологии существуют заболевания, частота которых не имеет тенденции к уменьшению [1, 2]. Наиболее частым методом лечения геморроя до сегодняшнего дня остается оперативное вмешательство. Геморроидэктомия выполняется у 75 % пациентов. Это объясняется весьма широкой распространенностью геморроя. Как известно, геморроем страдают более 10 % взрослого населения, а его удельный вес среди болезней прямой кишки составляет от 34 до 41 % [2, 3].

Вопросы модификации методов геморроидэктомии и их ближайшие и отдаленные результаты, послеоперационные осложнения [4, 5] остаются актуальными и сегодня. По современным представлениям, хирургическое лечение должно быть направлено на полное иссечение кавернозных образований, расположенных в подслизистом слое прямой кишки при положении больного на спине, как правило на 3–11 часах по условно-

му циферблату, которые и являются субстратом геморроя [6].

В настоящее время известны различные методики радикальной геморроидэктомии, отличающиеся способами обработки послеоперационных ран. Наиболее патогенетически обоснованной операцией при геморрое является способ Миллигана – Моргана, предложенный в 1937 г., при котором вместе с геморроидальными узлами удаляются кавернозные тельца подслизистого слоя прямой кишки, при этом ножки культей геморроидальных узлов прошиваются, а раны оставляются открытыми и заживают вторичным натяжением. Особое признание эта операция приобрела благодаря исследованиям, показавшим, что в патогенезе геморроя основную роль играют кавернозные коллекторы подслизистого слоя дистального отдела прямой кишки [3].

Операция Миллигана – Моргана в классическом варианте имеет ряд недостатков, так как

после иссечения геморроидальных узлов на стенке анального канала остаются открытые поверхностные раны. Наличие открытой раны грозит развитием в послеоперационном периоде таких осложнений, как кровотечение, высокая вероятность инфицирования послеоперационной раны и, как следствие, развитие острого парапроктита, деформирующие рубцы анального канала, стриктуры заднепроходного канала [5, 7, 8].

Такое количество осложнений побудило ученых к поиску новых модификаций геморроидэктомии по Миллигану – Моргану, направленных на сокращение размеров раневой поверхности, снижение опасности инфицирования раны кишечной микрофлорой. В связи с чем в НИИ проктологии Министерства здравоохранения Российской Федерации были предложены две модификации операции Милигана – Моргана.

При первой модификации, после прошивания и перевязки сосудистых ножек, иссекаются наружные и внутренние геморроидальные узлы, затем один край раны ушивается к ее дну. При этом неушитой остается часть раневой поверхности, заживление которой происходит вторичным натяжением [5, 7]. Приведенная модификация операции Миллигана – Моргана не лишена ряда недостатков, так как послеоперационные раны остаются частично открытыми. Это стимулировало ученых к дальнейшему совершенствованию техники оперативного вмешательства, изысканию новых вариантов геморроидэктомии.

Позже сотрудниками НИИ проктологии МЗ РФ была разработана вторая модификация геморроидэктомии по Миллигану – Моргану: после прошивания и перевязки ножек геморроидальных узлов раны ушиваются наглухо, ход операции описан подробно в литературе [2, 4, 5].

До сегодняшнего дня эта методика применяется во всех колопроктологических и хирургических стационарах. Однако и в ней имеется ряд недостатков:

- наличие культей сосудистых ножек геморроидальных узлов в анальном канале, вследствие чего возможно скрытое кровотечение в раннем послеоперационном периоде;
- во время прохождения каловых масс по анальному каналу выражен болевой синдром;
- существует вероятность инфицирования послеоперационной раны каловыми массами и кишечной микрофлорой.

По данным В.Л. Ривкина и соавторов [7], после операции Миллигана – Моргана во второй модификации НИИ проктологии МЗ РФ с формированием культы сосудистых ножек геморроидальных узлов болевой синдром (независимо от акта

дефекации) был отмечен у 34,4 %, рефлекторная задержка мочеиспускания у 25,8 %, кровотечение из послеоперационных ран у 1,8 %, острый парапроктит, как осложнение ближайшего послеоперационного периода, у 1,6 % больных.

Учитывая, что мы поставили цель довести до минимума объем кровопотери во время операции у больных с хроническим геморроем, осложненным анемией, нами была разработана новая методика геморроидэктомии. Суть методики заключается в следующем: под сакральной анестезией, после обработки операционного поля и дивульсии анального сфинктера основания выраженных внутренних и наружных геморроидальных узлов прошиваются П-образным швами по всей окружности заднепроходного отверстия, затем геморроидальные узлы иссекаются. Такая методика геморроидэктомии исключает потерю крови во время операции, уменьшает болевой синдром при дефекации в раннем послеоперационном периоде, а также уменьшается вероятность инфицирования послеоперационных ран.

Материал и методы исследования. В 2009–2010 гг. в хирургическом отделении Ошской областной объединенной клинической больницы находились 150 больных хроническим геморроем III–IV стадии, осложненным анемией. Основную группу составили 75 (50 %) больных, оперированных по нашей методике, а контрольную группу – 75 (50 %) пациентов, оперированных по методике Миллигана – Моргана во второй модификации НИИ проктологии МЗ РФ. В рассматриваемых группах мужчин было 98 (68,44 %), а женщин – 52 (34,6 %) в возрасте от 27 до 52 лет. Длительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 20 и более лет. Возрастно-половой состав и длительность заболевания в обеих группах были идентичными.

Основными симптомами у всех больных были кровотечение, приведшее к анемии, и выпадение внутренних геморроидальных узлов при акте дефекации или такое выпадение узлов носило постоянный характер.

Всем больным, которым планировалось хирургическое вмешательство, кроме общеклинических исследований был применен ряд инструментальных, а также специальных методик. При этом особое внимание уделяли определению протромбинового индекса, содержанию гемоглобина, количеству эритроцитов и тромбоцитов, а также проведению ректороманоскопии. В тех случаях, когда гемоглобин был в пределах 50–70 г/л, переливали эритроцитарную массу, плазму, кровезаменители. Только при показателях гемоглобина

100 г/л и выше проводили операцию. Иногда, несмотря на гемостатическую терапию, переливание эритроцитарной массы, плазмы, кровезаменителей, кровотечение продолжалось. В таких случаях больных брали на операцию с гемоглобином выше 70 г/л и оперировали по предложенной нами методике.

Результаты лечения и их обсуждение. При рассмотрении полученных результатов нами выявлено, что при применяемой у больных контрольной группы геморроидэктомии по Миллигану – Моргану во второй модификации НИИ проктологии МЗ РФ в ближайшем послеоперационном периоде возникли кровотечения у 2 (2,7 %) пациентов, стойкий болевой синдром наблюдался у 45 (60 %) больных, а рефлекторная задержка мочеиспускания отмечена у 5 (6,7 %) больных. В то время, когда применяли оперативное вмешательство, предложенное нами, при показателях гематокрита от 70 г/л до 100 г/л, у у больных основной группы в ближайшем послеоперационном периоде кровотечения отмечено не было, болевой синдром отмечался у 15 (20 %) больных, а рефлекторная задержка мочеиспускания – у 2 (2,7 %) пациентов.

Таким образом, проведенный анализ ближайших результатов хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии, осложненного анемией, по Миллигану – Моргану во второй модификации НИИ проктологии МЗ РФ и по предложенной нами методике, показал преимущество геморроидэктомии по предложенной нами методике.

При сравнении сроков стационарного лечения и амбулаторного долечивания больных основной и контрольной групп установлено, что сроки лечения в стационаре после геморроидэктомии во второй модификации НИИ проктологии МЗ РФ составили в среднем 11 койко-дней, а амбулаторного долечивания – 24 дня. При осуществлении геморроидэктомии по нашей методике сроки стационарного лечения составили в среднем 9 койко-дней, сроки амбулаторного долечивания – 19 дней.

Выводы

1. Патогенетически обоснованной операцией геморроидэктомии является метод Миллигана –

Моргана во второй модификации НИИ проктологии МЗ РФ.

2. Однако операция Миллигана-Моргана имеет ряд недостатков, которые приводят к высокому проценту таких осложнений, как кровотечение, выраженный болевой синдром, рефлекторная задержка мочеиспускания в послеоперационном периоде.

3. Предложенная нами методика геморроидэктомии, особенно при геморрое, осложненном анемией, значительно сокращает возможность развития вышеописанных осложнений.

Литература

1. Ривкин В.Л. Геморрой и другие заболевания заднепроедного канала / В.Л. Ривкин, Ю.В. Дульцев, Л.Л. Капуллер. М.: Медицина, 1994. 240 с.
2. Федоров В.Д. Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1984. 384 с.
3. Василевский Н.Н. Опыт хирургического лечения геморроя / Н.Н. Василевский, Е.М. Маркелов // Вестник хирургии. 1993. № 5–6. С. 111–112.
4. Геморроидэктомия без формирования культи сосудистой ножки / Ю.В. Дульцев, А.Ю. Титов, Т.М. Каменская и др. // Хирургия. 1990. № 12. С. 127–131.
5. Опыт оперативного лечения геморроя / Ю.Л. Рылов, З.А. Титлянова, А.В. Файнштейн и др. // Актуальные вопросы клинической хирургии. 1993. С. 81–83.
6. Капуллер Л.Л. Кавернозные структуры прямой кишки и их роль в возникновении геморроя: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л.Л. Капуллер. М., 1974. 38 с.
7. Акоюн Э.Б. Хирургическое лечение геморроя / Э.Б. Акоюн, Л.У. Назаров, С.Т. Багдосарян // Экспериментальная и клиническая медицина. 1990. № 2. С. 140–144.
8. Лечение геморроя / А.М. Никитин, В.Л. Ривкин, А.В. Якушин и др. // Хирургия. 1994. № 10. С. 57–60.