

УДК 616.147.17-002.2-089
DOI: 10.36979/1694-500X-2024-24-5-49-53

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ И ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ

А.М. Мадаминов, Л.В. Лихоманов

Аннотация. Целью настоящего исследования является улучшение результатов хирургического лечения хронического геморроя, осложненного анемией. Материалом данного исследования стали результаты обследования и хирургического лечения 164 больных с хроническим геморроем, осложненным кровотечением и постгеморрагической анемией. Больные были разделены на две группы в зависимости от методики хирургического вмешательства. В основную группу вошли 83 (50,6 %) больных, оперированных по предложенной сотрудниками клиники усовершенствованной методике геморроидэктомии. В контрольную группу вошел 81 (49,4 %) пациент. Они были оперированы по традиционной закрытой методике геморроидэктомии. Анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя, осложненного кровотечением и постгеморрагической анемией, двумя методиками показал более ощутимое снижение процента осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки при применении усовершенствованной методики геморроидэктомии, предложенной сотрудниками клиники. Это позволяет рекомендовать применение усовершенствованной методики геморроидэктомии в колопроктологических и хирургических отделениях лечебных организаций.

Ключевые слова: хронический геморрой; кровотечение; анемия; геморроидэктомия.

КАН АГУУ ЖАНА ПОСТГЕМОРРАГИЯЛЫК АНЕМИЯ МЕНЕН ТАТААЛДАНГАН ӨНӨКӨТ ГЕМОРРОЙДУ ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

А.М. Мадаминов, Л.В. Лихоманов

Аннотация. Бул изилдөөнүн максаты аз кандуулук менен татаалданган өнөкөт геморройду хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу болуп саналат. Изилдөө үчүн материал болуп 164 өнөкөт геморрой менен жана постгеморрагиялык анемия менен ооруган бейтапты текшерүүнүн жана хирургиялык дарылоонун натыйжалары алынды. Оорулуулар хирургиялык техникасына жараша эки топко бөлүнгөн. Негизги топко клиниканын кызматкерлери тарабынан сунушталган геморроидэктомиянын өркүндөтүлгөн ыкмасы боюнча операция жасалган 83 (50,6%) бейтап кирген. Контролдук топко 81 (49,4%) бейтап кирген. Аларга салттуу жабык геморройдэктомия ыкмасы менен операция жасалды. Кан агуу менен татаалданган өнөкөт геморройду жана геморрагиялык анемияны эки ыкманы колдонуу менен хирургиялык дарылоонун натыйжаларын талдоо, клиника кызматкерлери тарабынан сунушталган геморроидэктомиянын өркүндөтүлгөн ыкмасын колдонууда операциядан кийинки дароо мезгилдеги жана узак мөөнөттүү келечекте татаалдашуу пайызынын кыйла азайгандыгын көрсөттү. Бул медициналык уюмдардын колопроктология жана хирургиялык бөлүмдөрүндө жакшырылган геморроидэктомия ыкмасын колдонууну сунуш кылууга мүмкүндүк берет.

Негизги сөздөр: өнөкөт геморрой; кан агуу; аз кандуулук; геморроидэктомия.

CHARACTERISTICS OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS COMPLICATED BY BLEEDING AND POSTHEMORRHAGIC ANEMIA

A.M. Madaminov, L.V. Likhomanov

Abstract. The purpose of this study is to improve the results of surgical treatment of chronic hemorrhoids complicated by anemia. The material for this study was represented by the outcomes of examination and surgical treatment

of 164 patients with chronic hemorrhoids complicated by bleeding and posthemorrhagic anemia. The patients were divided into two groups depending on the surgical technique applied. The main group included 83 (50.6 %) patients operated on according to the improved hemorrhoidectomy technique proposed by the clinic staff. The control group included 81 (49.4 %) patients operated on using the traditional closed hemorrhoidectomy technique. Analysis of the results of surgical treatment of chronic hemorrhoids complicated by bleeding and posthemorrhagic anemia using the two methods showed a more significant decrease in the percentage of complications in the immediate postoperative period and in the long term when using the improved hemorrhoidectomy technique proposed by the clinic staff. This allows us to recommend the use of the improved hemorrhoidectomy technique in coloproctology and surgical departments of medical organizations.

Keywords: chronic hemorrhoids; bleeding; anemia; hemorrhoidectomy.

Актуальность. Геморрой является одним из распространенных заболеваний человека [1, 2]. В структуре колопроктологических заболеваний геморрой составляет 34–41 % [2–4].

Главными симптомами хронического геморроя являются выделение крови и выпадение внутренних геморроидальных узлов при акте дефекации [2, 3, 5, 6]. Многие авторы отмечают, что кровотечение из прямой кишки в виде алой крови от мелких капель и прожилок до обильных является частым симптомом у 23–58 % больных, страдающих хроническим геморроем [7–11].

Когда происходят редкие потери крови в небольшом количестве, организм человека сам компенсирует это, а кровотечение, возникающее при каждом акте дефекации в течение длительного времени, в 3–9,5 % случаев приводит к развитию гипохромной анемии [12, 13]. Редко возникает обильное, профузное кровотечение. По данным некоторых авторов, такое кровотечение наблюдается у 1,5–3,6 % больных хроническим геморроем [10, 14]. В литературе существуют различные рекомендации по лечению больных хроническим геморроем, осложненным кровотечением и анемией [7, 13, 15, 16]. Некоторые авторы рекомендуют сразу же производить геморроидэктомию во время кровотечения, а другие авторы предлагают сначала остановить кровотечение из геморроидальных узлов различными способами и только потом осуществлять радикальную геморроидэктомию [7, 9, 10, 14, 16, 17].

Для выполнения такой операции одни авторы считают достаточным уровень гемоглобина свыше 60–70 г/л и более [7, 8, 14, 15].

Некоторые авторы считают, что радикальная геморроидэктомия, которая осуществляется во время профузного кровотечения и высокой степени анемии, приводит к длительному сроку лечения – до 1,5–3 месяцев – и к образованию

грубых рубцов в области заднего прохода [10, 11, 18].

Вышеизложенное показывает, что до настоящего времени не определены оптимальные методы остановки геморроидальных кровотечений, сроки проведения оперативного вмешательства при этом, а также пути уменьшения потери крови во время проведения радикальной геморроидэктомии по поводу хронического геморроя, осложненного анемией.

В связи с этим усовершенствование хирургической методики геморроидэктомии, позволяющей резко сократить потери крови во время операции, а также уточнение сроков проведения такой операции при определенном уровне гемоглобина является актуальным.

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения хронического геморроя, осложненного анемией.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились результаты обследования и хирургического лечения 164 больных с хроническим геморроем, осложненным кровотечением и постгеморрагической анемией, находившихся в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики за 2020–2023 гг. 164 пациента были разделены на две исследуемые группы в зависимости от применявшихся способов хирургического вмешательства.

В основную группу были включены 83 (50,6 %) больных, оперированных по предложенной сотрудниками клиники усовершенствованной методике геморроидэктомии. В контрольную группу вошел 81 (49,4 %) пациент. Они были оперированы по традиционной закрытой методике геморроидэктомии. Больные, в основном, были в возрасте от 21 до 70 лет, мужчин было 106 (64,6 %), а женщин – 58 (35,4 %). Наиболее часто хронический геморрой,

осложненный кровотечением и постгеморрагической анемией, встречался у больных трудоспособного возраста, то есть от 30 до 60 лет – их было 153 (93,3 %) пациента. Основная масса больных страдала хроническим геморроем в течение 5–10 и более лет.

У больных диагностировали хронический геморрой 3–4-й стадии. Так, у 59 (39,6 %) пациентов была 3-я стадия хронического геморроя, а у 105 (60,4 %) – 4-я стадия хронического геморроя.

Согласно рекомендации ВОЗ, диагноз анемии устанавливается тогда, когда гемоглобин у людей снижается ниже 110 г/л. Среди наших больных, в основном, были пациенты средней степени тяжести и тяжелой степени постгеморрагической анемии. Так, средняя степень тяжести анемии с гемоглобином 89–70 г/л была выявлена у 95 (58 %) больных, а анемия тяжелой степени с гемоглобином ниже 70 г/л была установлена у 69 (42 %) пациентов. Большинство больных появление геморроя и кровотечения связывали с запорами, тяжелым физическим трудом, малоподвижным образом жизни, приемом острой пищи и алкоголя, а женщины – с беременностью и родами.

Для обследования больных осуществляли общий анализ крови и мочи, исследовали протромбиновый индекс, количество тромбоцитов, время свертывания крови по Маравицу, проводили ЭКГ, рентгеноскопию органов грудной клетки, пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию, ректороманоскопию и, при необходимости, колоноскопию. В послеоперационном периоде осуществляли гистологическое исследование иссеченных геморроидальных узлов.

Результаты и их обсуждение. 81 (49,4 %) больному контрольной группы осуществлена традиционная закрытая геморроидэктомия после поднятия уровня гемоглобина до 100 г/л и более. В послеоперационном периоде у 2 (2,5 %) пациентов возникло кровотечение. Была осуществлена ревизия послеоперационных ран. При этом выяснено, что причиной кровотечения стало соскальзывание лигатуры из культи сосудистой ножки внутреннего геморроидального узла. Произведена остановка кровотечения путем прошивания сосудистой ножки геморроидального узла.

На следующий день после операции, во время первой перевязки, когда удаляли марлевую салфетку из анального канала, отмечали незначительное выделение крови из прямой кишки у 19 (23,5 %) больных.

В день операции выраженный болевой синдром отмечен у 52 (64,2 %) больных. На 3–4-е сутки после операции во время первой дефекации боль возникла у 34 (42 %) пациентов, у 45 (55,5 %) больных тупая боль в области послеоперационных ран сохранялась до 7–8 суток.

Рефлекторная задержка мочеиспускания отмечена у 3 (3,7 %) больных. Больные контрольной группы на стационарном лечении находились в среднем $9,6 \pm 1,04$ койко-дня. В сроки от 6 месяцев до 2-х лет изучены отдаленные результаты лечения. Так, через 6 месяцев у 2 (2,5 %) больных выявлена стриктура анального канала, еще у 2 (2,5 %) пациентов через 1,5 года возникла анальная трещина.

83 (50,6 %) больным основной группы после проведения гемостатической терапии и коррекции гемодинамических нарушений осуществляли геморроидэктомию по усовершенствованной методике сотрудниками клиники. Под са크ральной анестезией, после обработки операционного поля осуществляли дивульсию заднего прохода ректальным зеркалом.

Потом основания внутренних и наружных геморроидальных узлов прошивали единым блоком П-образными швами длительно-рассасывающийся нитью по всей окружности заднепроходного отверстия. При этом максимально сохраняли неизменные участки слизистой оболочки анального канала и кожи перианальной области. Затем иссекали внутренние и наружные геморроидальные узлы. После иссечения геморроидальных узлов образовывалась ушитая по всей окружности анального отверстия рана.

В прямую кишку вставляли марлевую салфетку и газоотводную трубку. В связи с тем, что до иссечения внутренних и наружных геморроидальных узлов на их основания накладывали П-образные швы из длительно-рассасывающейся нити, резко снижалась возможность развития кровотечения во время операции и в послеоперационном периоде.

Среди этих больных в ближайшем послеоперационном периоде осложнения в виде

кровотечения не наблюдалось. Во время первой перевязки на следующий день после операции у 3 (3,6 %) пациентов при удалении марлевой салфетки и газоотводной трубки из анального канала отмечено скудное выделение сукровичной жидкости.

29 (35 %) больных жаловались на довольно выраженную боль в области ран в послеоперационном периоде. Тупая боль в области послеоперационной раны держалась до 5–6 суток. У 2 (6,4 %) больных наблюдалась рефлекторная задержка мочеиспускания. Больные в стационаре находились в среднем $7,4 \pm 1,1$ койко-дня.

В отдаленные сроки только у одного (1,2 %) больного выявлена стриктура заднепроходного отверстия (через 6 месяцев после операции) и еще у одного (1,2 %) пациента через 9 месяцев после операции обнаружена анальная трещина.

Таким образом, сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя, осложненного кровотечением и постгеморрагической анемией, двумя методиками показал более ощутимое снижение процента осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки при применении усовершенствованной методики геморроидэктомии, предложенной сотрудниками клиники.

Следует отметить, что усовершенствованная методика геморроидэктомии разработана с целью снижения кровопотери во время операции и профилактики кровотечения в ближайшем послеоперационном периоде.

Заключение

1. Больным хроническим геморроем, осложненным кровотечением и постгеморрагической анемией, показана госпитализация в колопроктологическое или хирургическое отделение.
2. В первый же день поступления таких больных в стационар необходимо осуществить гемостатическую терапию, коррекцию гемодинамических нарушений (внутривенно вести препараты железа, а при необходимости провести трансфузию одногруппной эритроцитарной массы).
3. При достижении уровня гемоглобина 100 г/л и более следует осуществить радикальную геморроидэктомию.

4. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя, осложненного кровотечением и постгеморрагической анемией, двумя методиками показал преимущество усовершенствованной методики геморроидэктомии.

Поступила: 15.04.24; рецензирована: 29.04.24;
принята: 30.04.24.

Литература

1. Федоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология / В.Д. Федоров, Г.И. Воробьев, В.Л. Ривкин. М.: ГНЦ проктологии, 1994. 432 с.
2. Ривкин В.Л. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.
3. Воробьев Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. М.: Литтерра, 2010. 188 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. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. М.: ООО “Медицинское информационное агентство”, 2006. 432 с.
6. Ривкин В.Л. Геморрой. Запоры / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер. М.: Медпрактика, 2000. 158 с.
7. Проценко В.М. Тактика лечения больных геморроем, осложненного анемией / В.М. Проценко, М.А. Егоркин, Э.Э. Алекперов // Проблемы колопроктологии: сб. 2002. Вып. 18. С. 190–193.
8. Мазунин В.Д. Опыт лечения больных с острым геморроидальным кровотечением / В.Д. Мазунин // Проблемы колопроктологии: сб. М., 2006. С. 162–163.
9. Ан В.К. О профузных геморроидальных кровотечениях / В.К. Ан, В.А. Полукаров, Е.А. Левина // Проблемы колопроктологии: сб. 2002. Вып. 18. С. 34–36.
10. Chand M. The management of hemorrhoids / M. Chand, G.F. Nash, N. Dabbas // Br. J. Hosp. med. 2008. Vol. 69. 1. P. 35–40.
11. Hollingshead J.R. Hemorrhoids: modern diagnosis and treatment / J.R. Hollingshead, R.K. Phillips // Postgrad Med. J. 2016. Vol. 92. (1083). P. 4–8.

12. *Ан В.К.* Неотложная проктология / В.К. Ан, В.Л. Ривкин. М., 2003. 193 с.
13. *Вовк Е.И.* Геморрой: неотложная помощь, стратегия лечения, профилактика / Е.И. Вовк // Русский медицинский журнал. 2001. Т. 9. № 20. С. 867–871.
14. *Коплатадзе А.М.* Тактика лечения геморроя, осложненного анемией / А.М. Коплатадзе, В.М. Проценко, С.В. Белоусова [и соавт.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2008. № 2. С. 77–82.
15. *Благодарный Л.А.* Как улучшить результаты хирургического лечения геморроя / Л.А. Благодарный, Ю.А. Шельгин // Хирургия. Consilium medicum. 2006. № 1. С. 49–52.
16. *Chaleoykitti B.* Comparative study between multiple and single rubber bandligation in one session for bleeding internal hemorrhoids: a prospective study / B. Chaleoykitti // J. Med. Assoc. Thai. 2002. № 85. P. 345–350.
17. *Фролов С.А.* Склеротерапия детергентами: метод выбора лечения больных кровоточащим геморроем, осложненным анемией / С.А. Фролов, Л.А. Благодарный, И.В. Костарев // Колопроктология. 2011. Т. 36. № 2. С. 23–27.
18. *Стойко Ю.М.* Патогенетический выбор эффективного лечения пациентов с геморроем / Ю.М. Стойко, В.А. Сотникова // Consilium medicum. Хирургия. 2010. № 1. С. 28–32.