



К. Г. Нурлиев,
Д. А. Кадыров,
Б. Р. Маметкулиев

*Туркменский государственный
медицинский университет*

*Лебапский областной
многопрофильный госпиталь,
г. Туркменистан*

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ГЕМОРРОЯ

Резюме. Наиболее частым осложнением геморроя является тромбоз геморроидальных узлов. Как правило, поражение возникает в наружных узлах и весьма часто тромбоз – это первая манифестация заболевания.

Сложность патогенеза геморроя, большое число серьезных осложнений, паллиативный эффект консервативной терапии, неудовлетворительные отдаленные исходы лечения и частые рецидивы после операции подтверждают актуальность проблемы.

Представлены результаты лечения 394 пациентов по поводу геморроя и его осложнения в виде острого тромбоза геморроидальных узлов.

Геморроидэктомия с полным восстановлением слизистой оболочки анального канала позволяет достичь лучших ближайших и отдаленных результатов.

Ключевые слова: *геморрой, тромбоз геморроидальных узлов, хирургическое лечение.*

Введение

Общеизвестно, что геморрой – это наиболее частое заболевание аноректальной области и самый частый повод для направления пациентов в отделения колопроктологии и хирургии [5, 6]. По данным различных литературных и периодических медицинских источников его распространенность варьирует от 11 до 24 % среди взрослого, в основном трудоспособного населения [7]. Геморрой проявляется в виде двух основных синдромов – острого приступа и хронического течения заболевания. По существу, эти синдромы являются фазами одного и того же процесса [3].

Специфика заболевания, психологический фактор и страх перед обследованием и операцией и некоторые другие факторы в большинстве случаев отсрочивают обращение пациентов к специалисту. Хотя в последние годы благодаря профилактической работе, онкологической настороженности и, в том числе, появлению большого количества частных клиник и медицинских центров прослеживается тенденция к увеличению количества обращений к специалистам – проктологам [1, 9].

Первая группа геморроидальных образований, поражение которых приводит к образованию наружного геморроя, расположена на выходе из анального канала, в подкожной клетчатке.

Вторая группа кавернозных образований, расположенная в подслизистом слое прямой кишки, выше зубчатой линии, является источником развития внутреннего геморроя.

Между наружными и внутренними кавернозными образованиями существуют анастомозы, функциональное назначение которых не вполне ясно хотя бы потому, что при повышении внутрибрюшного давления тромбируются, как правило, наружные, а не внутренние узлы [8]. Наряду с наружным и внутренним сфинктером, кавернозные сплетения являются частью запирающего аппарата прямой кишки. Их способность увеличиваться в объеме за счет наполнения кровью позволяет осуществлять идеальную герметизацию кишки [2]. Косвенным доказательством этого предположения служит упорядоченное расположение геморроидальных образований по окружности кишки; оно соответствует 3, 7 и 11 часам [2].

Данные о распространенности геморроя весьма противоречивы, так, в России этот показатель варьирует в пределах 130–145 случаев на 1000 взрослого населения [1]. Статистические данные, приводимые зарубежными исследователями, составляют всего около 4,4 % [3, 5]. Противоречивость показателей, вероятнее всего, обусловлена разницей между заболеваемостью и обращаемостью, что косвенно подтверждают данные осмотров жителей США, констатировавшие, что 80 % лиц, имевшие геморроидальные узлы, не предъявляли жалоб [2].

По течению заболевания различаются хронический и острый виды геморроя. По форме – внутренний, наружный, комбинированный. Хроническое течение для внутреннего геморроя подразделяют на 4 стадии. Следует подчеркнуть, что клинические симптомы за-



болевание соответствуют морфологическим изменениям, происходящим в продольной мышце, фиксирующей кавернозные образования в подслизистом слое прямой кишки [7].

Наиболее частым осложнением геморроя является тромбоз геморроидальных узлов [4]. Как правило, поражение возникает в наружных узлах и весьма часто тромбоз – первая манифестация заболевания. К провоцирующим моментам развития тромбоза чаще относятся беременность, роды, длительные авиаперелеты, подъем больших тяжестей, острые нарушения стула [5]. К более редким осложнениям относится образование гематомы при резком повышении давления и повреждение стенки венозного сосуда [8]. В случае выпадения внутреннего геморроидального узла возможно его ущемление. При возникновении некроза внутреннего узла возможны массивные кровотечения, поэтому больного следует показать специалисту-проктологу. В случае ущемления нескольких выпавших узлов или возникновения нарушений стула возможно присоединение гнойного процесса в параректальной клетчатке.

Сложность патогенеза геморроя, большое число серьезных осложнений, паллиативный эффект консервативной терапии, неудовлетворительные отдаленные исходы лечения и частые рецидивы после операции подтверждают актуальность проблемы и свидетельствуют о важности дальнейших поисков путей улучшения результатов лечения этого довольно широко распространенного заболевания [1, 2, 9]. Несмотря на огромное количество специальных публикаций, многие вопросы лечения геморроя и его осложнений продолжают оставаться дискуссионными. Острый тромбоз геморроидальных узлов – один из частых и наиболее тяжелых осложнений геморроя. Вопросы выбора рационального объема и метода хирургической тактики при данном осложнении до настоящего времени окончательно не разрешены.

Материалы и методы исследований

За период с 2008 по 2015 г. в клинике Лебачского областного многопрофильного госпиталя по поводу геморроя и его осложнений в виде острого тромбоза геморроидальных узлов наблюдались 394 пациента. Возраст больных варьировал от 18 до 75 лет. Мужчин было 298, женщин – 96. Распределение больных по степени тяжести клинической картины заболевания проводили согласно классификации В. Л. Ривкина и Л. Л. Капуллера.

Острый тромбоз геморроидальных узлов I степени наблюдали у 98 (24,8 %) больных. Геморроидальный тромбоз II степени тяже-

сти установлен у 183 из 394 больных (46,4 %), который отличался выраженной воспалительной инфильтрацией перианальной области, гиперемией, отеком и резкой болезненностью тромбированных узлов.

Какаясь одного из практически важных аспектов геморроя, хотелось бы обратить внимание на некоторые моменты терминологического толкования, употребляемого при этом заболевании. В работах ряда авторов под понятием «острый геморрой» объединяется чуть ли не все патологические процессы кавернозных вен: ущемленный геморрой, острое воспаление геморроидальных узлов, острый геморроидальный тромбофлебит, тромбоз геморроидальных узлов. Нам представляется, что такое отождествление разных (а возможно одновременных) процессов, не совсем правильно ибо подобная трактовка создает терминологическую путаницу. Мы считаем, что термин «острый геморрой» означает воспаление геморроидальных узлов, синонимом которого может быть острый тромбофлебит кавернозных вен, но не тромбоз.

Результаты исследований и их обсуждение

В вопросах хирургической тактики при остром тромбозе геморроидальных узлов на протяжении многих лет существуют два полярных мнения. Сторонники консервативной терапии скептически относятся к хирургическому лечению острого геморроидального тромбоза из-за опасности развития таких грозных осложнений, как восходящий тромбофлебит, сепсис и тромбоемболия. При тяжелых формах острого геморроидального тромбоза в плане предоперационной подготовки, в качестве базисной терапии, а также и как самостоятельный метод лечения при отказе больного от операции, некоторые авторы рекомендуют местное применение (в виде аппликации) литической смеси в составе: химопсина (или трипсина) – 0,5 г, димедрола – 0,5 г, гепарина 5000 ед., канамицина – 1 г, новокаина – 2 г, димексида – 10 мл, дистиллированной воды – 100 мл.

Паллиативность результатов консервативной терапии, высокая частота осложнений, а также многочисленные сообщения о научной обоснованности, безопасности и эффективности геморроидэктомии у больных с острым тромбозом геморроидальных узлов в последние годы привели к пересмотру хирургической тактики в сторону радикального оперативного лечения.

В своей практике мы в разные периоды лечения больных с острым тромбозом геморроидальных узлов применяли дифференцированную тактику, проводили как консервативные,

так и хирургические методы лечения. До 2000 года предпочтение отдавали консервативным способам лечения, оперативное вмешательство производили после медикаментозного разрешения острых явлений.

За последние 10 лет в клинике придерживались более активной хирургической тактики. Больным назначали бесшлаковую диету, анальгетики, антикоагулянты (в том числе и в виде мазей), препараты, улучшающие реологические свойства крови, геморроидальные свечи, мазовые повязки.

Критериями эффективности консервативной терапии считали полное купирование болевого синдрома, стихание острых явлений как со стороны геморроидальных узлов, так и перианальной зоны. Консервативная терапия оказалась эффективной, привела к купированию острых явлений и нормализации лабораторных показателей у больных геморроидальным тромбозом I степени тяжести (98 человек – 24,9 %). У больных II и III степенью тромбоза лечебный эффект выражался лишь в некотором уменьшении болевого синдрома, а признаки острого нарушения кровообращения в геморроидальных узлах сохранялись.

Из 296 больных II (у 183) и III (у 113) степенью острого тромбоза геморроидальных узлов срочные операции в течение первых 3 сут. с момента поступления в клинику выполнены у 209 – (53 %). Среди них тромбоз II степени был у 160, III степени – у 49. Методом выбора обезболивания явилась пролонгированная эпидурально-сакральная анестезия.

У всех больных произведена геморроидэктомия по Миллигану–Моргану, которая была дополнена частичным ушиванием раны (ушивание кожно-слизистых краев и дна раны) у 113 из них.

Осложнения в сроки от 1 недели до 2 месяцев после операции наблюдали у 62 (29,6 %) больных: перианальный отек – у 17, выделение

крови во время акта дефекации – у 26, затруднение акта дефекации – у 15, острая анальная трещина – у 1, сужение заднепроходного канала – у 3,87 (22,1 %) больных оперированы при стихании острых явлений в отсроченном порядке в течение 5–7 суток с момента поступления в клинику. Среди этих больных геморроидальный тромбоз II степени тяжести был у 23, III степени – у 64. Геморроидэктомия по Миллигану–Моргану с частичным ушиванием раны выполнена у 18, полным восстановлением слизистой оболочки анального канала – у 69.

Послеоперационные осложнения отмечены у 23 (26,3 %) больных: перианальный отек – у 11, выделение крови во время дефекации – у 8, наружный геморрой – у 2, боль в анальном канале при дефекации – у 2.

Сравнительная характеристика результатов операции в зависимости от методов геморроидэктомии свидетельствует о целесообразности полного восстановления слизистой оболочки анального канала наглухо.

Средняя продолжительность стационарного лечения составила 6-7 койко-дней, общий срок постгоспитальной курации – 18-21 дней.

Выводы

Объем и метод хирургической тактики у больных с острым тромбозом геморроидальных узлов определяется дифференцированно, с учетом степени тяжести микроциркуляторных нарушений в стенках кавернозных вен. Поликомпонентная консервативная терапия является методом выбора при геморроидальном тромбозе I степени тяжести. При тромбозах геморроидальных узлов II-III степени показана операция, которую следует выполнять в срочном (через 3 суток) и отсроченном (через 5-7 суток) порядке. Геморроидэктомия с полным восстановлением слизистой оболочки анального канала позволяет достичь лучших ближайших и отдаленных результатов.



ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А. М. Руководство по проктологии / А. М. Аминев. – Куйбышев, 1965. – Т. 1. – 486 с.
2. Воробьев Г. И. Геморрой / Г. И. Воробьев, Ю. А. Щельгин, Л. А. Благодарный. – М.: Издво ООО «Митра-Пресс», 2002. – 192 с.
3. Основы колопроктологии / Г. И. Воробьев [и др.]; под ред. Г. И. Воробьева. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 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. Клиническая оперативная проктология / В. Д. Федоров, Г.И. Воробьев, В. Л. Ривкин. – М., 1994. – 427 с.
6. Циркулярная слизисто-подслизистая резекция нижнеампулярного отдела прямой кишки (степлерная геморроидексия) при лечении больных хроническим геморроем / А. М. Кузьминов, Ю. Ю. Чубаров, А. А. Тихонов [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2010. – Т. 20, № 3. – С. 82-87.
7. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation: an alternative to hemorrhoidectomy / G. Felice, A. Privitera, E. Ellul, M. Klummann // Dis Colon Rectum. – 2005. – № 48 (11). – P. 2090-2093.
8. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter / K. Morinaga, K. Hasuda, T. Ikeda // Am. J. Gastroenterol. – 1995. – Vol. 90 (4). – P. 610-613.
9. Varut Lohsiriwat. Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management / Varut Lohsiriwat // World J. Gastroenterol. – 2012. – №18 (17). – P. 2009–2017.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ НЕВІДКЛАДНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМАХ ГЕМОРОЮ

*К. Г. Нурлієв,
Д. А. Кадиров,
Б. Р. Мамєткулієв*

Резюме. Найбільш частим ускладненням геморою є тромбоз гемороїдальних вузлів. Як правило, ураження виникає в зовнішніх вузлах та вельми часто тромбоз є першою маніфестацією захворювання.

Складність патогенезу геморою, велике число серйозних ускладнень, паліативний ефект консервативної терапії, незадовільні віддалені результати лікування та часті рецидиви після операції підтверджують актуальність проблеми.

Представлені результати лікування 394 пацієнтів з приводу геморою та його ускладнення у вигляді гострого тромбозу гемороїдальних вузлів.

Гемороїдектомія з повним відновленням слизової оболонки анального каналу дозволяє досягти кращих найближчих та віддалених результатів.

Ключові слова: геморої, тромбоз гемороїдальних вузлів, хірургічне лікування.

FEATURES OF THE EMERGENCY SURGICAL INTERVENTIONS IN COMPLICATED FORMS OF HEMORRHOIDS

*K. G. Nurgaliev, D. A. Kadyrov,
B. R. Mametkuliev*

Summary. The most common complication of hemorrhoids is thrombosis of hemorrhoids. As a rule, damage occurs in the outer joints and very often the first manifestation of thrombosis disease. The complexity of the pathogenesis of hemorrhoids, a large number of serious complications, palliative effect of conservative therapy, poor long-term outcomes of treatment and frequent recurrences after surgery confirm the urgency of the problem. Results of treatment of 394 patients about hemorrhoids and its complications such as acute thrombosis of hemorrhoids are given. Hemorrhoidectomy with full restoration of the mucous membrane of the anal canal can achieve the best short and long-term results.

Key words: hemorrhoids, hemorrhoid thrombosis, surgical treatment.