

## Преимущества усовершенствованной компрессионной геморроидэктомии

Н.А.Искендеров

Азербайджанский медицинский университет, кафедра хирургических болезней III  
Баку, Азербайджан

Исследование посвящено сравнительному анализу результатов использования различных методов геморроидэктомии. Обследовано 365 пациентов, которые были разделены на три группы: 143 (39,2%) пациента — с усовершенствованной компрессионной геморроидэктомией, 113 (30,9%) — с закрытой геморроидэктомией и 109 (29,9%) — с открытой геморроидэктомией. Средний возраст составил  $42 \pm 4,5$  года, среди них было 314 (86%) мужчин и 51 (14%) женщина. Усовершенствованная компрессионная геморроидэктомия характеризуется полным удалением пещеристых тел, перевязкой питающих артерий, восстановлением целостности слизистой оболочки и наложением компрессионных TN-10 никель-титановых клипов. По закрытой слизистой рана зашита, по открытой ране геморроидэктомия остается открытой. Анализ результатов различных методов геморроидэктомии показал, что усовершенствованная компрессионная геморроидэктомия имеет ряд преимуществ. Уменьшилась интенсивность болевого синдрома, а также необходимость использования наркотических анальгетиков. В первую неделю изоляции выделение крови из анального канала отсутствует, что свидетельствует о надежности гемостаза. Заживление ран идет быстрее после усовершенствованной компрессионной геморроидэктомии. Кроме того, частота нарушения мочеиспускания становится реже, острые воспалительные осложнения не развиваются.

**Ключевые слова:** геморрой, геморроидэктомия.

### ВВЕДЕНИЕ

Геморрой относится к одним из самых распространенных заболеваний. Согласно литературным данным, около 10% взрослого населения

страдает геморроем, что составляет 25-30% заболеваний в колопроктологии [2, 7, 6, 9, 10, 12].

Хирургический метод является наиболее надежным средством лечения геморроя. При этом чаще всего применяется метод Миллигана-Моргана, то есть операция, направленная на удаление основных коллекторов кавернозной ткани, являющейся основой геморроидальных узлов. Существует множество модификаций данного оперативного вмешательства [4, 11]. Одной из них является компрессионная геморроидэктомия. Этот способ был предложен Ф.Ш.Алиевым в 1992 г. в г. Тюмень. Ф.Ш.Алиев накладывал компрессионный зажим на ножку оттянутого снаружки геморроидального узла. При этом кавернозное тельце не извлекалось полностью, а также не закрывалась питающая узел артерия. По этим причинам Ф.Ш.Алиев наблюдал рецидив геморроя у больных спустя некоторое время после операции. Учитывая вышеуказанное, мы усовершенствовали операцию компрессионной геморроидэктомии.

Целью исследования было сравнительный анализ результатов использования усовершенствованной компрессионной геморроидэктомии с результатами открытой и закрытой геморроидэктомии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в клиниках кафедры хирургических болезней III Азербайджанского медицинского университета. Всего было прооперировано 365 больных в возрасте от 18 до 72 лет, страдающих геморроем. Средний возраст больных составил  $42 \pm 4,5$  года. Мужчин было 314 (86%), женщин — 51 (14%). При этом внутренний геморрой был у 308 (84,4%), а комбинированный — у 57 (15,6%) больных. У 116 (31,8%) больных диагностирована II стадия, у 127 (34,8%) — III стадия, а у 122 (33,4%) — IV стадия заболевания.

ТАБЛИЦА 1

## Распределение больных по стадиям и методам лечения

Стадия геморроя	Методы хирургического лечения						Всего	
	Усовершенствованная компрессионная геморроидэктомия		Закрытая геморроидэктомия		Открытая геморроидэктомия			
	п	%	п	%	п	%	п	%
I	–	–	–	–	–	–	–	–
II	46	32,1	36	31,8	34	31,2	116	31,8
III	50	35	39	34,5	38	34,9	127	34,8
IV	47	32,9	38	33,7	37	33,9	122	33,4
Всего	143	39,2	113	30,9	109	29,9	365	100

Всем больным до операции были проведены общие клинические и лабораторные исследования, рентгенологическое исследование грудной клетки, УЗИ и ЭКГ. Местный статус тщательно изучен, проведено пальцевое исследование прямой кишки.

В зависимости от вида оперативного вмешательства больные разделены на три группы. 143 (39,2%) больным произведена усовершенствованная компрессионная геморроидэктомия, 113 (30,9%) больным — закрытая геморроидэктомия, а 109 (29,9%) — открытая геморроидэктомия.

Распределение оперированных больных по стадиям и методам представлено в табл. 1.

Усовершенствованная компрессионная геморроидэктомия выполнялась в большинстве случаев под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина, у части больных применялась также сакральная блокада. Основу предложенного нами способа составляли: полное удаление кавернозного тельца — геморроидального узла, лигирование питающей его улиткообразной артерии, восстановление целостности слизистой оболочки анального канала после геморроидэктомии. Мы проводили операцию с помощью компрессионного зажима, изготовленного из титан-никелидового сплава марки ТН-10, обладающего эффектом «памяти». Компрессионный зажим состоит из двух соединенных параллельных друг другу браншей в виде буквы «U». Длина составляет 30-40 мм, вес — 3 грамма. Расстояние между браншами — 0,5 мм, а ширина браншей — 3 мм. Но в охлажденном состоянии возможно раздвинуть бранши зажима друг от друга до 10 мм. При компрессии основания геморроидального узла сила, создаваемая браншами, в зависимости от расстояния между браншами составляет от 550 до 3500 грамм.

Перед операцией зажимы охлаждаются в холодильной камере до +2-5°С в холодном антисептическом растворе (хлоргексидин). Затем, не извлекая зажимы из холодного антисептического раствора, раздвигают бранши до угла не более 25° и оставляют зажимы в таком состоянии до применения в стерилизаторе. Охлажденный зажим становится мягким и пластичным, при нагревании же он восстанавливает прежнюю форму.

Анальный канал после дивульсии обрабатывался раствором хлоргексидина и расширялся зажимами Алиса в четырех точках. Геморроидальный узел захватывался зажимом Люэра и был оттянут кнаружи от ануса. Слизистая оболочка основания узла циркулярно рассекалась скальпелем, кавернозное тельце извлекалось из подслизистого слоя тупым способом, на артерию накладывался зажим Бильрота. На обе части слизистой оболочки анального канала в двух местах накладывались кетгуттовые лигатуры. Компрессионный зажим накладывался с условием наложения изнутри кнаружи с помощью зажима Бильрота на конце одной из браншей под зажим Бильрота, наложенный на культю артерии, и под кетгуттовыми лигатурами, поднимающими обе части слизистой оболочки. При этом компрессионный зажим сдавливал артерию и восстанавливал целостность слизистой оболочки анального канала. Культя артерии остается между и под слизистой оболочкой.

Через 30-40 с бранши зажима полностью сходятся друг с другом и сдавливают культю артерии и слизистую оболочку. Мы ускоряли процесс восстановления формы зажима, прикасая к нему марлевый тампон, смоченный в физиологическом растворе с температурой 50-60°С. Под воздействием температуры тканей прямой кишки компрессионный зажим приобретает исходную форму.

ТАБЛИЦА 2

Осложнения раннего послеоперационного периода

Вид осложнения	Методы хирургического лечения					
	Усовершенствованная компрессионная геморроидэктомия		Закрытая геморроидэктомия		Открытая геморроидэктомия	
	n	%	n	%	n	%
Болевой синдром:						
- Слабые боли	73	51	78	69,2	72	66
- Боли средней интенсивности	13	9,1	12	10,6	23	21,2
- Сильные боли	---	---	---	---	14	12,8
Выделение крови в течение 2-7-х суток после операции	---	---	16	14,2	72	66
Выделение крови через 7-9 дней после операции	9*	6,3	3	2,6	27	24,8
Наличие раны в анальном канале**	21	14,7	27	23,9	80	73,4
Рефлекторная задержка мочеиспускания	4	2,8	6	5,3	12	11
Атония мочевого пузыря	3	2,1	8	7,1	16	14,7
Острый парапроктит	---	---	3	2,6	---	---

**Примечания:** \* — после отпадания компрессионных зажимов; \*\* — в группе больных с усовершенствованной геморроидэктомией — после отпадания компрессионных зажимов, в группах с закрытой и открытой геморроидэктомией — через 7 дней.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Результаты хирургического лечения геморроя мы оценивали при осмотре в раннем и позднем послеоперационном периоде. Нас интересовали следующие показатели: интенсивность болевого синдрома, вид и частота применения обезболивающих средств, частота и интенсивность кровотечения из раны, локальный статус, время отпадания зажимов, объем необходимого лечения и т.д. (табл. 2)

Одними из критериев оценки болевого синдрома были вид используемого обезболивающего средства, его количество и характер применения. Если в течение первых 2-3 дней после операции была необходимость неоднократного применения внутримышечных инъекций ненаркотических анальгетиков, мы оценивали эти боли как слабые. Если было необходимо наряду с ненаркотическими средствами однократное применение наркотического анальгетика, мы считали эти боли как боли средней интенсивности. Если же была необходимость неоднократного введения наркотических анальгетиков, мы оценивали такие боли как сильные.

При изучении болевого синдрома на 2-й день послеоперационного периода было установлено, что в группе больных, которым произведена усовершенствованная компрессионная геморроидэктомия, у 73 (51%) больных отмечались слабые боли, у 13 (9,1%) больных — боли средней интенсивности, а у остальных 57 (39,9%)

больных боли не отмечались или же проходили самостоятельно.

В группе больных, которым производилась закрытая геморроидэктомия, на 2-й день после операции отмечены следующие показатели: 78 (69,2%) больных отмечали слабые боли, 12 (10,6%) больных — боли средней интенсивности, а у остальных 23 (20,2%) больных боли не отмечались.

У больных, которым произведена открытая геморроидэктомия, показатели болевого синдрома следующие: у 14 (12,8%) больных отмечались сильные боли, у 23 (21,2%) больных — боли средней интенсивности, а у 72 (66%) — слабые боли.

На 7-й день послеоперационного периода в группе больных, которым произведена усовершенствованная компрессионная геморроидэктомия, у 12 (8,4%) больных отмечались слабые боли, у остальных 131 (91,6%) пациента боли не отмечались. В группе больных с закрытой геморроидэктомией 29 (23%) больных предъявляли жалобы на слабые боли, остальные 84 (74,3%) подобных жалоб не предъявляли. В группе больных с открытой геморроидэктомией на 7-й день после операции слабые боли отмечались у 51 (46,8%) больного, у 4 (3,7%) больных были боли средней интенсивности, а у остальных 54 (49,5%) боли проходили самостоятельно.

На 30-й день после операции больные, которым усовершенствованная компрессионная геморроидэктомия, болей не отмечались. В группе с закрытой геморроидэктомией 7 (6,2%) пациентов отмечали непостоянные слабые боли,

ТАБЛИЦА 3

## Сроки заживления ран у больных при различных методах хирургического лечения

Сроки заживления	Методы хирургического лечения						Всего	
	Усовершенствованная компрессионная геморроидэктомия		Закрывающая геморроидэктомия		Открытая геморроидэктомия			
	п	%	п	%	п	%	п	%
10 дней	115	80,4	83	73,5	–	–	198	54,2
~15 дней	19	13,3	22	19,5	–	–	41	11,3
~20 дней	9	6,3	8	7	55	50,5	72	19,7
~30 дней	–	–	–	–	37	33,9	37	10,1
35-40 дней	–	–	–	–	17	15,6	17	4,7
Всего	143	39,2	113	30,9	109	29,9	365	100
Средняя продолжительность заживления ран	14±1		16±2		30±3			

которые чаще возникали только после стула и проходили самостоятельно; у остальных больных болевой синдром отсутствовал. В группе больных с открытой геморроидэктомией у 17 (15,6%) человек отмечались слабые боли, из них у 9 (52,9%) больных для снятия болевого синдрома применяли таблетированные ненаркотические анальгетики, у остальных 8 (47,1%) человек боли проходили самостоятельно; тупые непостоянные боли, особенно при дефекации, зарегистрированы у 43 (39,4%) пациентов, а 60 (55%) человек болей не отмечали.

Изучение сроков отпадания компрессионных зажимов после усовершенствованной компрессионной геморроидэктомии показывает, что у 9 (6,3%) больных зажимы отпадают до 7 дня, у 91 (63,6%) больного – в течение 7-10-го дня, а у 43 (30,1%) больных – через 10-12 дней. При этом у 75 (52,4%) больных большинство зажимов отпало на 8 день после операции. Средняя продолжительность отпадания зажимов после операции составляет 9,5 дня. Количество зажимов в анальном канале не влияло на сроки их отпадания.

Выделения крови из анального канала в течение 2-7-ми суток после операции в группе больных после усовершенствованной компрессионной геморроидэктомии не наблюдались. У больных с закрытой геморроидэктомией после первой перевязки кровь выделялась у 16 (14,2%) пациентов. В группе после открытой геморроидэктомии этот показатель составил 72 (66,1%) больных. Необходимо отметить, что лишь у 9 (6,3%) человек после усовершенствованной компрессионной геморроидэктомии наблюдались небольшие выделения крови из анального канала на месте отпавших компрессионных зажимов. Незначительные выделения

крови через 7 дней после закрытой геморроидэктомии отмечались у 3 (2,6%) больных, после открытой геморроидэктомии данный показатель составил 27 (24,8%) больных.

Рефлекторная задержка мочеиспускания после усовершенствованной компрессионной геморроидэктомии развилась у 4 (2,8%) больных, после закрытой геморроидэктомии – у 6 (5,3%) больных, и значительно чаще после открытой геморроидэктомии – у 12 (11%) больных.

Атония мочевого пузыря, потребовавшая до 5 суток постоянной катетеризации и медикаментозной терапии, наблюдалась у 3 (2,1%) больных после усовершенствованной компрессионной геморроидэктомии, у 8 (7,1%) больных после закрытой геморроидэктомии и у 16 (14,7%) больных после открытой геморроидэктомии.

Острый парапроктит в послеоперационном периоде развился лишь у 3 (2,6%) больных после закрытой геморроидэктомии и не отмечался у больных после усовершенствованной компрессионной и открытой геморроидэктомии. Происхождение этого осложнения, по всей видимости, связано с тем, что после отторжения ушитой культи слизистой оболочки анального канала на ее месте образовался дефект, который явился источником инфицирования. Во всех случаях парапроктит был устранен хирургическим путем.

Течение раневого процесса в группе больных, которым производилась усовершенствованная компрессионная геморроидэктомия, изучалось после отпадания компрессионных зажимов, а у больных после закрытой и открытой геморроидэктомии – через 7 дней после операции. При этом у 122 (85,3%) больных после усовершенствованной компрессионной геморроидэктомии края раны были незначительно отечны,

отмечалась грануляционная поверхность; длина раны при внутреннем геморрое составляла 25-30 мм, а при комбинированном геморрое — 30-40 мм, ширина раны во всех случаях была в пределах 3 мм. У 21 (14,7%) больного грануляционная поверхность не наблюдалась, из них у 7 (33,3%) больных отмечались остатки некротических тканей и у 14 (66,7%) больных фибринозный налет.

Через 7 дней после закрытой геморроидэктомии плоская рана анального канала размером 20x5 мм отмечена у 27 (23,9%) пациентов. После открытой геморроидэктомии в эти сроки у 80 (73,4%) человек определяли плоские гранулирующие раны анального канала с начинающей эпителизацией размерами 40\*5 мм.

Сроки заживления ран после различных методов хирургического лечения отражены в табл. 3.

Заживление ран после усовершенствованной компрессионной геморроидэктомии в большинстве случаев длилось 10 дней — у 115 (80,4%) больных. У 19 (13,3%) больных регенерация ран произошла в течение 14 дней, а у 9 (6,3%) — 20 дней. Срок полной регенерации раны составил в среднем 14 дней.

Заживление ран после закрытой геморроидэктомии произошло в течение 10 дней у 83 (73,5%) больных. У 22 (19,5%) пациентов регенерация ран произошла в течение 14-16 дней, а у 8 (7,1%) больных заживление ран длилось около 22 суток. Срок полной регенерации раны составил в среднем 16±2 дня.

Раны после открытой геморроидэктомии у 55 (50,5%) больных зажили в течение 20 суток, у 37 (33,9%) больных — в течение 30 суток, а у остальных 17 (15,6%) больных — через 35-40 суток. Срок полной эпителизации составил в среднем 30±3 дня.

## ВЫВОДЫ

На основе проведенного сравнительного анализа результатов использования усовершенствованной нами компрессионной геморроидэктомии с результатами закрытой и открытой геморроидэктомии можно выделить целый ряд преимуществ данной методики.

После усовершенствованной компрессионной геморроидэктомии уменьшается выраженность болевого синдрома, а также необходимость применения наркотических анальгетиков для купирования болей.

Выделение крови из анального канала в течение 2-7-ми суток после усовершенствованной компрессионной геморроидэктомии отсутству-

ет в отличие от других методик, что указывает на надежность гемостаза при использовании данного метода.

Заживление ран после усовершенствованной компрессионной геморроидэктомии по сравнению с закрытой и открытой геморроидэктомией идет быстрее. Кроме того, значительно уменьшается частота расстройств мочеиспускания, а также отсутствуют острые воспалительные осложнения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев Ф.Ш. Разработка и применение компрессионной геморроидэктомии имплантатами с «памятью» формы. автореф. дисс. к.м.н. — Тюмень, 1992.
2. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое обоснование выбора лечения геморроя: дис. ... д.мед.н. — М., 1999. — С. 280.
3. Василевский И.И., Маркелов Е.М. Опыт хирургического лечения геморроя // Вестник хирургии. — 1993. — Т. 150, №5,6. — С. 111-113.
4. Воробьев Г.И., Благодарный Л.А. Выбор методов лечения геморроя // Хирургия. — 1999. — № 8. — С. 50-55.
5. Воробьев Г.И., Благодарный Л.А., Шельгин Ю.А. Геморрой: современная тактика лечения // Cons. Med. — 2002. — №2. — С. 27-28
6. Воробьев Г.И., Благодарный Л.А., Шельгин Ю.А. Геморрой. — М.: Медицина, 2002, -с. 192.
7. Искендеров Ф.И., Искендеров Н.А. Компрессионная геморроидэктомия // Здоровье. — 2009. — № 8. — С. 145-148.
8. Кечерунов А.И., Чернов А.И., Тихамиров А.С. 30-летний опыт лечения геморроидальной болезни // Проблемы колопроктологии. — М., 1998. — Вып. 16. — С. 56-59.
9. Ривкин В.М., Капуллер Л.Л. Геморрой. — М.: Медицина, 1984. — С. 176
10. Ривнин В.Л., Капуллер Л.Л., Дульцев Ю.В. Геморрой и другие заболевания анального канала и промежности. — М., 1984. — С. 128.
11. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. — М.: Медицина, 1984. — С. 383.
12. Scarpe F. J., Hillis W., Sabetta J. R. Pelvic clulitis lite threating complication of hemorrhoidal banding // Surgery. — 1998. — №103 (3). — P. 383-385.

**Н.А.Искендеров. Переваги вдосконаленю компресійної гемороїдектомії. Баку, Азербайджан.**

**Ключові слова:** геморрой, гемороїдектомія.

Дослідження присвячене порівняльному аналізу результатів використання різних методів гемороїдектомії. Обстежено 365 пацієнтів, які були розподілені на три групи: 143 (39,2%) пацієнти — з удосконаленою компресійною гемороїдектомією, 113 (30,9%) — із закритою гемороїдектомією і 109 (29,9%) — з відкритою гемороїдектомією. Серед-

ній вік склав  $42 \pm 4,5$  року, серед них було 314 (86%) чоловіків і 51 (14%) жінка. Удосконалена компресійна гемороїдектомія характеризується повним видаленням печеристих тіл, перев'язкою живильних артерій, відновленням цілісності слизової оболонки і накладенням компресійних TN-10 нікель-титанових кліпів. По закритій слизовій рані зашита, по відкритій рані гемороїдектомія залишається відкритою. Аналіз результатів різних методів гемороїдектомії показав, що вдосконалена компресійна гемороїдектомія має ряд переваг. Зменшилась інтенсивність больового синдрому, а також необхідність використання наркотичних анагетиків. У перший тиждень ізоляції виділення крові з анального каналу відсутнє, що свідчить про надійність гемостазу. Загоєння ран йде швидше після вдосконаленої компресійної гемороїдектомії. Крім того, частота порушення сечовипускання стає рідше, гострі запальні ускладнення не розвиваються.

**N.A.Isgenderov. Advantages of advanced compression hemorrhoidectomy. Baku Azerbaijan.**

**Key words:** hemorrhoids, hemorrhoidectomy.

Our research was devoted to comparative analysis of the results of using of different methods of hemorrhoidectomy. It were examined 365 patients, which were shared to 3 groups: 143 (39,2%) patients were with advanced compression hemorrhoidectomy, 113 (30,9%) – with closed hemorrhoidectomy and 109 (29,9%) – with open hemorrhoidectomy. The average age was  $42 \pm 4,5$ ; 314 men (86%) and 51 women (14%). The advanced compression hemorrhoidectomy was characterized by complete removal of the cavernous bodies, ligation of feeding artery, recovery the integrity of the mucosa and imposition of compression TN-10 nickel-titanium clips. By closed mucosal wound was sewn up, by open hemorrhoidectomy wound left open. The analysis of results of different methods of hemorrhoidectomy showed that advanced compression hemorrhoidectomy has a number of advantages. Intensity of pain syndrome is less, also need of using of narcotic analgesics decreased. First week isolation of blood from the anal is missing, that indicates the reliability of hemostasis. Wound healing goes faster after advanced compression hemorrhoidectomy. Besides, the frequency of urination disorders becomes less common, acute inflammatory complications do not develop.

Надійшла до редакції 29.04.2011 р.