

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Борота А.В., Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов В.А.,
Полунин Г.Е., Плахотников И.А., Шаламов В.И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра общей хирургии № 1, г. Донецк
(зав.кафедрой – д.м.н., профессор А.В.Борота)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты хирургического лечения геморроя в сочетании с другой патологией прямой кишки и анального канала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2012 по 2015 гг. 331 пациент оперирован в клинике по поводу неопухолевой хирургической патологии анального канала (АК) и прямой кишки (ПК). Исследуемую группу (ИГ) составили 159 (48,0±2,7%) пациентов, перенесших сочетанное хирургическое лечение геморроя и другой патологии АК и ПК. Контрольную группу (КГ) составили 172 (52,0±2,7%) пациента, перенесших геморроидэктомию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя длительность операции в ИГ составила 28±5 минут, в КГ – 19±3 минут ($p>0,05$). Количества отдаленных послеоперационных осложнений в ИГ составило 4,4±1,6%, в КГ – 2,3±1,1% ($p>0,05$). Средняя длительность госпитализации в ИГ составила 5,1±1,0 суток, в КГ – 3,2±1,0 суток ($p>0,05$); сроки восстановления трудоспособности в ИГ составили 20,3±3,2 дней, в КГ – 15,1±2,0 дней ($p>0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Наличие сочетанной с геморроем патологии прямой кишки и анального канала является показанием к сочетанному хирургическому лечению. Увеличение показателей длительности операции, послеоперационных осложнений, длительности госпитализации и восстановления трудоспособности в ИГ, по сравнению с КГ, не являются статистически значимыми. Одномоментное хирургическое лечение геморроя и другой патологии ПК и АК позволяет избежать повторного хирургического вмешательства и возможных его осложнений.

[Ключевые слова: сочетанная неопухолевая хирургическая патология, анальный канал, прямая кишки, сочетанное хирургическое лечение]

SURGICAL TREATMENT OF THE COMBINED NON-NEOPLASTIC PATHOLOGY OF THE ANAL CHANNEL AND RECTUM

Borota A.V., Gulmamedov F.I., Gulmamedov V.A., Polunin G.E., Plahotnikov I.A., Shalamov V.I.
Donetsk National medical university named after M.Gorky

PURPOSE. To evaluate the results of surgical treatment of hemorrhoids in combination with other pathologies of the rectum and anal canal.

MATERIALS AND METHODS. 331 patients are operated in clinic concerning non-neoplastic surgical pathology of the anal channel (AC) and the rectum (R) from 2012 to 2015. The probed group (PG) was 159 (48,0±2,7%) patients who underwent combined surgical treatment of hemorrhoids and other pathology AC and R. Control group (CG) was 172 (52,0±2,7%) patients who underwent hemorrhoidectomy.

RESULTS. The average duration of surgery in PG was 28±5 min, in CG – 19±3 minutes ($p>0,05$).

The amounts of long-term postoperative complications in the PG was 4,4±1,6%, in the CG – 2,3±1,1% ($p>0,05$). The average duration of hospitalization in the PG was 5,1±1,0 days, in CG – 3,2±1,0 days ($p>0,05$), the duration of rehabilitation in the PG was 20,3±3,2 days, in CG – 15,1±2,0 days ($p>0,05$).

CONCLUSION. Existence of the pathology of AC and R in combination with hemorrhoids is the indication to the combined surgical treatment. The increment in the duration of surgery, postoperative complications, duration of hospitalization and rehabilitation in the PG compared with the CG are not statistically significant. Simultaneous surgical treatment of hemorrhoids and other pathologies AC and R relieves the patient from having to perform repeated surgery and its possible complications.

[Key words: combined non-neoplastic surgical pathology, anal canal, rectum, simultaneous surgical treatment]

Адрес для переписки: Гюльмамедов Валентин Артурович, Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, кафедра общей хирургии № 1, пр-т Ильича, 16, Донецк, 83003.

Тел.: 0622956574, e-mail: v.gulmamed@rambler.ru

ВВЕДЕНИЕ

Геморрой – заболевание широко распространенное среди взрослого населения, частота его составляет до 40% от общего числа проктологических забо-

леваний [1,10]. Данной проблеме посвящено множество публикаций, отражающих вопросы патогенеза, диагностики, лечения геморроя. При этом у значительного количества пациентов отмечается сочетание геморроя с другой патологией анального

канала (АК) и прямой кишки (ПК) [6,9]. Наиболее часто встречаемой патологией АК и ПК, сочетающейся с геморроем, являются прямокишечные свищи, анальные трещины, острый парапроктит, новообразования [7,8]. Следует отметить, что проблемам сочетанной патологии АК и ПК посвящено незначительное количество публикаций, что обусловлено отсутствием единого подхода к решению данной проблемы и ее актуальностью. Так, при сочетанной патологии ПК, одни авторы рекомендуют одноэтапные операции, а другие – двухэтапное хирургическое лечение больных. Однако большинство авторов является сторонниками одноэтапных операций, указывая на такие преимущества, как экономический эффект, связанный с сокращением количества койко-дней и дублирования применения одних и тех же медикаментов, улучшение качества жизни больных, а также отрицательный психологический эффект второй операции для больного, что оказывает большое влияние на исход вмешательства [2-5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты хирургического лечения геморроя в сочетании с другой патологией прямой кишки и анального канала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ первичной медицинской документации 331 пациента, которые оперированы в клинике общей хирургии №1 ДонНМУ им. М. Горького на базе колопроктологического центра Донецкого клинического территориального медицинского объединения неопухолевого хирургической патологии АК и ПК в период с января 2012 года по январь 2015. В исследуемую группу включено 159 пациентов с сочетанной неопухолевого хирургической патологией АК и ПК. Эти больные составили исследуемую группу (ИГ).

При этом среди пациентов ИГ у 78 (49,1%) диагностирован геморрой с анальной трещиной (АТ), у 44 (27,7%) – с прямокишечным свищем (ПС), у 4 (2,5%) – с острым парапроктитом (ОП), у 21 (13,2%) – с полипом прямой кишки (ППК) и у 12 (7,5%) пациентов геморрой сочетался с более чем одной патологией ПК и АК (Рис. 1).

Контрольную группу (КГ) составили 172 пациента, оперированные в клинике за этот же период времени по поводу геморроя.

Среди пациентов ИГ геморрой являлся сопутствующим заболеванием, а показания к госпитализации и хирургическому лечению определялись сочетанной с ним патологией АК и ПК, которая для данной группы больных и являлась основным заболеванием.

Всем больным в обязательном порядке выполняли осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию. Больным после 40 лет выполняли обследование толстой кишки с помощью ирригографии или колоноскопии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

После проведенного лечения пациенты находились под нашим наблюдением в течение 1 года. Обследование больных осуществляли в течение пребывания их в стационаре, через 1-3-6 месяцев и через один год после операции. Оценивали длительность операции, интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде, наличие ранних и поздних послеоперационных осложнений, длительность пребывания пациента в стационаре, сроки восстановления трудоспособности.

В ИГ средняя продолжительность геморроидэктомии в сочетании с хирургическим лечением другой патологии ПК и АК составила 28 ± 5 минут. При этом средняя продолжительность геморроидэктомии в сочетании с иссечением АТ составила 22 ± 2 мин., в сочетании с иссечением ПС – 29 ± 3 мин., в сочетании со вскрытием парапроктита – 32 ± 5 мин., с полипэк-

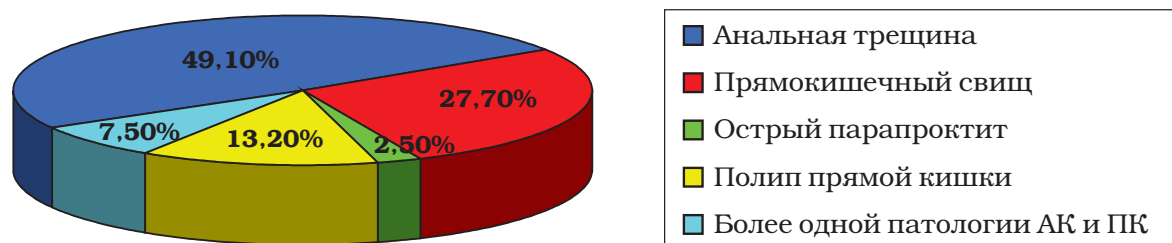


Рисунок 1. Структура сочетанной с геморроем хирургической патологии ПК и АК у пациентов исследуемой группы

томией – 20 ± 2 мин. Средняя продолжительность геморроидэктомии в сочетании с хирургической коррекцией более чем одной сочетанной патологии АК и ПК составила 37 ± 5 мин. При сочетании геморроя с АТ предпочтение отдавали открытому способу геморроидэктомии с дозированной сфинктеротомией, формируя общую раневую поверхность в месте иссекаемой АТ и прилежащего геморроидального узла. При сочетании с ПС выполняли закрытый способ геморроидэктомии с восстановлением целостности слизистой оболочки ПК и АК.

В КГ средняя продолжительность геморроидэктомии составила 19 ± 3 мин. Указанные средние временные показатели ИГ несколько превышают аналогичные показатели КГ, однако избавляют пациента от повторного хирургического вмешательства. Кроме того, статистических различий в сравнении средних величин продолжительности операций в ИГ и КГ не выявлено ($p > 0,05$).

В раннем послеоперационном периоде у больных обеих групп были выявлены такие осложнения, как выраженный болевой синдром, потребовавший применения анальгетиков, дизурические расстройства в виде острой задержки мочи, требовавшие катетеризации мочевого пузыря, кровотечения из послеоперационной раны и гнойно-воспалительные осложнения.

Оценку интенсивности послеоперационного болевого синдрома производили с помощью цифровой рейтинговой шкалы (Numerical Rating Scale, NRS), состоящей из 11 пунктов от 0 («боли нет») до 10 («худшая боль, какую можно представить») и на основании необходимости и кратности применения наркотических и ненаркотических анальгетиков. Интенсивность болевого синдрома, оцененная с помощью NRS, в первые сутки после операции, в среднем, составляла $7,9 \pm 0,2$ баллов в ИГ. При этом у пациентов, перенесших геморроидэктомию и иссечение АТ, интенсивность болевого синдрома составила $8,1 \pm 0,1$ баллов, в сочетании с иссечением ПС – $8,3 \pm 0,2$ баллов, со вскрытием парапроктита – $7,9 \pm 0,2$ баллов, с полипэктомией – $7,1 \pm 0,1$ баллов. Средняя интенсивность болевого синдрома у больных, перенесших геморроидэктомию в сочетании с хирургической коррекцией более чем одной сочетанной патологии АК и ПК, составила $7,8 \pm 0,1$ баллов. На третьи сутки этот показатель в ИГ, в среднем, составлял $5,7 \pm 0,1$ баллов – в сочетании с иссечением АТ интенсивность болевого синдрома составила $5,9 \pm 0,1$ баллов, с иссечением ПС – $6,0 \pm 0,1$ баллов, со вскрытием парапроктита – $5,3 \pm 0,1$ баллов, с полипэктомией – $5,0 \pm 0,1$ баллов, более чем одной сочетанной патологии АК и ПК – $6,1 \pm 0,1$ баллов. Через 7 суток после операции выраженность болевого синдрома

в ИГ составила, в среднем, $3,9 \pm 0,1$ баллов. При этом у пациентов, перенесших геморроидэктомию в сочетании с иссечением АТ, интенсивность болевого синдрома составила $4,1 \pm 0,1$ баллов, в сочетании с иссечением ПС – $4,0 \pm 0,1$ баллов, в сочетании со вскрытием парапроктита – $3,8 \pm 0,1$ баллов, с полипэктомией – $3,5 \pm 0,1$ баллов, с хирургической коррекцией более чем одной сочетанной патологии АК и ПК составила $4,0 \pm 0,1$ баллов. В КГ средняя интенсивность послеоперационного болевого синдрома, оцененная в 1, 3 и 7 сутки после операции, составила $6,6 \pm 0,1$ баллов, $5,3 \pm 0,1$ и $3,6 \pm 0,1$ баллов, соответственно. Таким образом, средняя интенсивность послеоперационного болевого синдрома в различные сроки после операции имела статистические различия в ИГ по сравнению с КГ лишь в первые сутки после операции ($p < 0,01$), что обусловлено большей травматичностью хирургического вмешательства. На третьи и седьмые сутки после операции не выявлено статистических различий в сравнении выраженности послеоперационного болевого синдрома в ИГ с КГ ($p > 0,05$).

У 12 ($7,5 \pm 2,1\%$) больных ИГ наблюдались дизурические расстройства, требовавшие катетеризации мочевого пузыря, в КГ – лишь у 7 ($4,0 \pm 1,5\%$) пациентов.

Кровотечение из послеоперационной раны наблюдалось у 6 ($3,8 \pm 1,5\%$) больных ИГ и у 4 ($2,3 \pm 1,1\%$) – КГ. Во всех случаях больным было произведено тампонирование анального канала марлевым тампоном, а при неэффективности последнего – прошивание кровоточащего сосуда.

Гнойно-воспалительные осложнения диагностировались у 9 ($5,6 \pm 1,8\%$) больных ИГ и у 5 ($2,9 \pm 1,3\%$) – КГ. С целью купирования данных осложнений были назначены антибактериальные препараты, санации ран озоноированными растворами, дополнительные перевязки, местное лечение, а при наличии показаний – такие хирургические манипуляции, как вскрытие и дренирование гнойников. Общее количество отдаленных послеоперационных осложнений в ИГ составило 7 ($4,4\%$), среди которых у 3 ($6,8\%$) из 44 больных, перенесших геморроидэктомию в сочетании с иссечением ПС, диагностирован рецидив свища; у одного из четырех пациентов, перенесших геморроидэктомию в сочетании со вскрытием ОП, в последующем сформировался ПС, у 3 ($1,9\%$) пациентов – рубцовая стриктура анального канала, что потребовало бужирования АК в отдаленном послеоперационном периоде. В КГ у 4 пациентов в отдаленном послеоперационном периоде отмечено развитие рубцовой стриктуры анального канала, что составило $2,3\%$ ($p > 0,05$). При коррекции данного вида осложнений у 3 ($1,7\%$) пациентов удалось добиться желаемого

Таблица 1. Значения основных показателей лечения пациентов в ИГ и КГ

Показатели лечения	ИГ (N=159)	КГ (N=172)	P
Длительность операции	28±5 минут	19±3 минут	>0,05
Интенсивность болевого синдрома в первые сутки после операции (NRS)	7,9±0,2 баллов	6,6±0,1 баллов	<0,01
Интенсивность болевого синдрома на третьи сутки после операции (NRS)	5,7±0,2 баллов	5,3±0,1 баллов	>0,05
Интенсивность болевого синдрома на седьмые сутки после операции (NRS)	3,9±0,2 баллов	3,6±0,1 баллов	>0,05
Отдаленные послеоперационные осложнения	4,4±1,6%	2,3±1,1%	>0,05
Средняя длительность госпитализации	5,1±1,0 суток	3,2±1,0 суток	>0,05
Средняя длительность нетрудоспособности	20,3±3,2 дней	15,1±2,0 дней	>0,05

эффекта путем бужирования АК. Еще в 1 (0,6%) случае возникла необходимость в хирургической коррекции – произведено иссечение рубцовой стриктуры с пластикой слизистой оболочки АК.

Средняя длительность госпитализации (Табл. 1) в ИГ составила 5,1±1,0 суток, что является сопоставимым с аналогичным показателем в группе больных, перенесших исключительно геморроидэктомию (3,2±1,0 суток) ($p>0,05$).

Средняя длительность нетрудоспособности в ИГ составила 20,3±3,2 дней. В КГ данный показатель составил 15,1±2,0 дней ($p>0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие сочетанной с геморроем патологии прямой кишки и анального канала является показанием к сочетанному хирургическому лечению, которое может быть проведено одномоментно с геморроидэктомией, не ухудшая функциональных результатов хирургического лечения этой группы больных.

Увеличение средней длительности операции в группе больных, перенесших геморроидэктомию в сочетании с хирургическим лечением другой патологии прямой кишки и анального канала, по сравнению с традиционно выполняемой геморроидэктомией с 19±3 до 28±5 минут ($p>0,05$), интенсивности послеоперационного болевого синдрома в различные сроки после операции, количества осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде с 2,3±1,1% до 4,4±1,6% ($p>0,05$), а также средней длительности госпитализации с 3,2 суток до 5,1 суток и сроков восстановления трудоспособности с 15,1±1,0 дней до 20,3±3,2 дней ($p>0,05$) не являются статистически значимыми.

Одномоментное хирургическое лечение геморроя и другой патологии прямой кишки и анального канала избавляет пациента от необходимости выполнения повторного хирургического вмешательства и возможных его осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: Литтерра. – 2010. – с. 8-11, 15-16, 22-27.
2. Мухаббатов Д.К., Нозимов Ф.Х., Каримов Ш.А. и соавт. Комплексное хирургическое лечение геморроя в сочетании с трансфинктерным свищем прямой кишки. Колопроктология. – 2015. – т. 51, №1 (приложение). – 35 с.
3. Мухаббатов Д.К., Хайдаров С.С., Каримов Ш.А. и соавт. Хирургическое лечение геморроя при сочетании с хронической анальной трещиной. Колопроктология. – 2015. – т. 51, №1 (приложение). – 36 с.
4. Попов И.В., Карсакпаев К.Р. Применение шовной дезартеризации, мукопексии, лифтинга геморроидальных узлов при хирургическом лечении сочетанной патологии анального канала. Колопроктология. – 2015. – т. 51, №1 (приложение). – с. 40-41.
5. Райымбеков О.Р., Бейшеналиев А.С., Жолболдуев Ж.М. соавт. Опыт лечения анальной трещины в сочетании с хроническим геморроем. Колопроктология. – 2015. – т. 51, №1 (приложение). – 43 с.
6. Ding S. Pay attention to the functional protection during operation for benign anal diseases. Ancient Science of Life. – 2014 Dec; 17 (12): 1167-9.
7. Foxx-Orenstein A.E., Umar S.B., Crowell M.D. Common anorectal disorders. Gastroenterology and hepatology. – 2014. May; 10 (5): 294-301.
8. Klein J.W. Common anal problems. The Medical clinics of North America. – 2014. May; 98 (3): 609-23.
9. Kurapati V.K., Nishteswar K. Management of Ano-Rectal disorders by Ksārasūtra: A clinical report. – 2014. Oct-Dec; 34 (2): 89-95.
10. Pigot F. Haemorrhoidal disease. La Revue du Praticien. – 2008. Oct; 58 (16): 1763-8.