

**КОМПРЕССИОННЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРОВОТОЧАЩЕГО ГЕМОРРОЯ****В.А. ГОЛДИН, М. АЛФАЗЗАМАН***Кафедра госпитальной хирургии РУДН. Москва, 117198, ул. Миклухо-Маклая, д. 8  
Медицинский факультет*

Компрессионный метод лечения геморроя с помощью разработанного на кафедре зонда был проведен на базе больницы №17 и в поликлинике 212; проанализировано лечение 180 больных геморроем, среди которых компрессионный метод был применен у 90 больных, в том числе у 67 он применялся наряду с традиционными консервативными мероприятиями, у 23 – как завершающий этап операций. В контрольной группе из 90 больных у 63 проводился только комплекс традиционной консервативной терапии (троксевазин-гель, свечи с проктоседилом, метилурацилом, клизмы с ромашкой, чистотелом и др.), у 27 была проведена операция, оканчивавшаяся введением в прямую кишку мазевго тампона.

Сравнительное исследование показало: окончательная остановка кровотечения в поликлинических условиях наблюдалась в I группе у 96,1%, во II – у 44,2%. Применение зонда после операции обусловило быстрый и надежный гемостаз, хорошее сопоставление тканей.

Ключевые слова: геморрой, геморроидальное кровотечение.

Своевременная и надежная остановка кровотечений из дистальных отделов прямой кишки является важным мероприятием. Эти кровотечения встречаются при геморрое, трещинах слизистой анального канала, доброкачественных и злокачественных новообразованиях. Но чаще всего возникают при геморрое и представляют собой актуальную проблему по нескольким причинам: во-первых они встречаются часто, т.к. геморроем страдает до 40% взрослого населения, во вторых страдают люди среднего наиболее трудоспособного возраста.

Основным симптомом геморроя является кровотечение, которое бывает артериальным или смешанным. Углубленное изучение патогенеза заболевания позволило ученым установить, что геморрой не просто варикозное расширение вен прямой кишки, как считалось раньше, а это следствие патологических изменений кавернозной ткани подслизистого слоя переходной зоны прямой кишки. Геморроидальные кровотечения в большинстве случаев имеют артериальный характер, т.к. многочисленные артериовенозные анастомозы кавернозных телец при их дисфункции обуславливают прямой усиленный приток артериальной крови к внутренним геморроидальным узлам. Это проливает свет и на малую эффективность традиционных операций: удалить все расширенные вены по периметру прямой кишки невозможно, удалить расширенные венозные образования в трех «классических» зонах оказывается недостаточным. Поэтому рецидивы геморроя после хирургического лечения оказываются неизбежными, и в большом проценте случаев на месте новых узлов появляются новые и кровотечения возобновляются.

С нашей точки зрения, остановить геморроидальное кровотечение и в определенной степени излечить геморрой можно, создав компрессию в зонах подслизистых кавернозных образований. Обеспечивая длительную компрессию вен и кавернозных образований, мы обуславливаем стаз крови в их просвете, что ведет к тромбообразованию и запуску кровотечения геморроидальных узлов.

На вышеперечисленных принципах нами был разработан компрессионный геморроидальный зонд – резиновый трехпросветный с двумя латексными баллонами на конце (прототип его – зонд Блекмора). Его размеры и форма соответствуют анатомическим особенностям аноректальной области. Два канала – просвета идут по всей длине от концевого и наружного баллона до контрольных баллончиков на выведенных трубочках малого диаметра; третий просвет – просвет самой трубки выполняет ее на всем протяжении. Латексные баллоны могут иметь разную форму в зависимости от их предназначения (локализация геморроидальных узлов), а зонд – разные размеры (от 1-го до 4-го) в зависимости от длины анального канала.

Методика применения зонда проста: после двух очистительных клизм больному в горизонтальном положении на спине вводится зонд в прямую кишку до полного погру-

жения за сфинктер концевой манжеты (баллона). После раздувания ее до давления 60 мм. рт. ст. раздувается наружный баллон с созданием такого же давления. Больной в течение 30 минут должен находиться в горизонтальном положении, в последующем может изменять положение и даже относительно свободно передвигаться; конструкция зонда с длинной приводящей трубкой позволяет, поместив ее конец за пояс, свободно передвигаться и даже работать. В целом зонд должен стоять 4 часа, после чего воздух из манжеты выпускается и зонд свободно извлекается наружу. Курс лечения рассчитан на 4-5 дней.

Зонд нашел применение после операций на дистальных отделах прямой кишки. Операции по поводу геморроя и других заболеваний прямой кишки отличаются кровоточивостью и в ряде случаев заканчиваются при недостаточно тщательной остановке кровотечения, поэтому по окончании операции в прямую кишку вводится мазевой тампон оставляемый на 3-4 дня. Надо сказать, тампон не полностью страхует от продолжающегося кровотечения, кроме того, кровотечение может рецидивировать по извлечении тампона на 3-й день после операции. Мы вместо тампона пользуемся с успехом зондом.

По окончании операции в прямую кишку по описанной выше методике вводится зонд и оставляется на 12-14 часов. Этого оказывается достаточно для того, чтобы надежно остановилось и не рецидивировало послеоперационное кровотечение, а на баллончиках зонда расправляются ушитые ткани кишечной стенки и хорошо адаптируются их края.

В стационаре на базе больницы № 17 и в поликлинике № 212 проанализировано лечение 180 больных геморроем. Компрессионный метод был применен у 90 больных, в том числе у 67 больных он применялся наряду с традиционными консервативными мероприятиями, у 23 – как завершающий этап операции. В контрольной группе, также включавшей 90 больных, у 63 проводился только комплекс традиционной консервативной терапии (троксевазин-гель, свечи с проктоседилом, метилурацилом, клизмы с ромашкой, чистотелом и пр.). У 27 была произведена операция геморройидектомия, которая оканчивалась введением в прямую кишку мазевого тампона.

Сравнительные данные исследования по группам больных показали: полная и окончательная остановка кровотечения в поликлинических условиях при применении компрессионного зонда наблюдалось у 96,1% больных, при традиционном консервативном лечении – у 44,2%. В этой группе у 15,8% наблюдалось улучшение, у 32,2% – без изменения, у 8% – ухудшение. В отдаленном периоде при анализе потери трудоспособности от рецидивов кровотечений компрессионный метод отличали значительно лучшие результаты.

Большие преимущества от применения компрессионного метода сразу по окончании операции наблюдались у наших больных: имела место быстрая и окончательная остановка кровотечения. Извлечение зонда на другие сутки после операции было безболезненным и никогда не сопровождалось рецидивом кровотечения. Отмечалось почти идеальное сопоставление травмированных во время операций тканей дистального отдела прямой кишки.

#### HAEMOSTASIS BY COMPRESSION IN THE TREATMENT OF BLEEDING HAEMORRHOIDS

V.A. GOLDIN, M.ALFAZZAMAN

Department of Clinical Surgery RPFU. Moscow 117198, Micluho - Maklaya str. 8, , Medical Faculty.

Compression method in the treatment of hemorrhoids with the help of probe was introduced in the departmental base in the hospital No-17 and in the polyclinic No.-212. Analysis was done on 180 patients with hemorrhoids, among them compression method was applied upon 90 patients. Among these 90 patients, 67 received the method with the traditional conservative measure and 23 received it at the last stage of operation. Among the 90 patients of the control group, in 63 were applied only complex traditional conservative therapy (Tracsovagin gel, suppository with proctose-

dyl and methyluracil, enema with chamomile and greater celandine and others), 27 were operated and ointment soaked tampon was introduced into the rectum at its last stage.

Comparative analysis showed: end stoppage of the bleeding in the polyclinic condition observed in first group 96.1% and in second group 44.2%. Application of probe after operation made urgent and hopeful haemostasis and well reformation of tissue.

Key words: haemorrhoids, hemorrhoidal bleeding.