

КОМПРЕССИОННЫЙ МЕТОД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

В.А.ГОЛДИН, М.АЛФАЗЗАМАН

Кафедра госпитальной хирургии РУДН, Москва, 117198,
ул. Миклухо-Маклая, 8. Медицинский факультет

Приводятся сравнительные данные операций у 103 больных. Авторы в качестве завершающего этапа хирургического лечения геморроя применяют компрессионный метод, для осуществления которого разработали компрессионный зонд (на трехпросветной резиновой трубке смонтированы две латексные манжеты). При введении зонда и раздувании манжет сдавливаются зоны внутренних и наружных геморроидальных узлов. У 67 больных операция заканчивалась введением мазевых тампонов, у 36 – компрессионного зонда. По всем критериям (боли после операции, кровотечения, адаптация краев операционной раны, задержка мочеиспускания и пр.) послеоперационные результаты в группе леченых компрессионным методом выгодно отличались от таковых контрольной группы.

Ключевые слова: прямая кишка, геморрой, компрессия.

Геморрой – одно из самых распространенных заболеваний прямой кишки. Он встречается у 118 – 120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41%. По данным Г.И. Воробьева и Л.Л. Благодарного [1,2], отражающим абсолютное возрастание этой патологии, только в России ежегодно госпитализируется с геморроем 600 тысяч пациентов. Среди больных большинство составляют лица мужского пола наиболее трудоспособного возраста от 30 до 60 лет. Отмечается частая связь заболеваемости с профессиональным признаком: заболевают чаще всего работники автотранспортной службы, работники профессий, связанных с сидячим образом и другие.

Патогенез. Работами И.Г. Дацун, Е.П. Мельман [3], Л.Л. Капуллера и В.Л. Ривкина [4], Л.Шафик, М.Мохи-эл-Дин [5]; P.Hass и соавт. [6], F.Stezner [7,8], W.Thomson [9] установлено, что в основе геморроя лежит патология кавернозных образований подслизистого слоя дистальной части прямой кишки, заложенных в процессе нормального эмбриогенеза.

На основании клинических данных, а также результатов патоморфологических и физиологических исследований показано, что ведущими в патогенезе геморроя являются гемодинамический и мышечно-дистрофический факторы. Важную роль в патогенезе заболевания играют врожденная слабость соединительной ткани, снижение тонуса стенок венозных сосудов, тяжелый физический труд, беременность, запоры.

Клиническая картина. Основными являются два симптома – кровотечение (51%) и выпадение узлов из анального канала (37%), а также – анальный зуд (9%), чувство дискомфорта в анальном канале (5%), выделение слизи (2%).

Диагностика. При соответствующих жалобах необходимо проведение пальцевого исследования, ректороманоскопии, колоно-или ирригоскопии. В зависимости от степени увеличения узлов и выпадения их выделяется 4 стадии. 1-ая – выпадение узлов отсутствует; наблюдается выделение крови; 2-ая – выпадение узлов с самостоятельным вправлением; 3-ая – вправление узлов осуществляется ручным пособием; 4-ая – постоянное выпадение узлов и невозможность вправления.

Геморрой встречается и в острой форме и разделяется на три стадии: 1. Тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительного процесса. 2. Тромбоз, осложненный воспалением геморроидальных узлов. 3. Тромбоз узлов, осложненный воспалением подкожной клетчатки и периаанальной кожи.

Лечение. Известно много средств и методов лечения: Консервативные – диетотерапия (морская капуста, свёкла, инжир, блюда из геркулеса и др). Местные консервативные средства – свечи с адреналином, тахикомб при кровотечениях, с анигином – при болевом синдроме и т.п. Хирургическое – отличается многообразием пособий – склерозирующая терапия, инфракрасная фотокоагуляция, электрокоагуляция узлов, лигирование латексными кольцами. Основной метод Миллигана и Моргана – иссечение пораженных коллекторов кавернозной ткани с многими модификациями. Но рецидивы заболевания

после обычных операции нередки, т.к. эти вмешательства не учитывают анатомических образований прямой кишки. В основе геморроя лежат нарушения функции улитковых артерии кавернозных вен, ведущих к усиленную притока артериальной крови в кавернозные вены и застою в них.

Цель исследования. Изучение влияния механического воздействия на кавернозные тельца прямой кишки на улучшение результатов операций.

Материалы и методы. Нами в сочетании с операцией типа Милигана Моргана применяется компрессионный метод лечения, целью которого является сдавление оставленных кровоточащих образований. С этой целью нами разработан компрессионный зонд, состоящий из резиновой трёхпросветной трубки, двух латексных раздувающихся манжет, сообщающихся капиллярами с контрольными микроманжетами. Способ применения сводится к следующему: после иссечения узлов по способу Милигана-Моргана в анальный канал вводится зонд с погружением концевой манжеты. Последняя раздувается, затем раздувается вторая (наружная) манжета, в манжетах создаётся одинаковое давление, равное 40–50 мм ртутного столба.

Результаты и обсуждения. Указанного давления оказывается достаточно для сдавления узлов и остановки "остаточного" кровотечения. Раздувание манжет создаёт хорошие условия для адаптации краёв ушитой слизистой и прилипания её к подлежащим тканям. Зонд оставляется в прямой кишке на сутки, после чего он извлекается и дальнейшее лечение проводится по обычному плану.

В нашей клинике за последние 5 лет перенесли операцию по поводу геморроя 103 больных, среди которых было 73 мужчин и 30 женщин; средний возраст - 37 лет. У 67 больных операция заканчивалась введением мазевого тампона, у 36 больных компрессионного зонда по описанной методике. Показания к хирургическому лечению ставились при III-IV стадиях заболевания. Критериями сравнительной оценки двух способов завершения операции в послеоперационном периоде были частота и интенсивность болей и кровотечений, адаптация краёв операционной раны, задержка мочеиспускания, перианальный отёк, нормализация стула, средняя продолжительность госпитализации. По всем этим данным лучше результаты наблюдались в группе больных, где применялся компрессионный метод.

Заключение: Применение компрессионного зонда в комплексе хирургического лечения геморроя обеспечивает стойкий гемостаз в области операции и способствует перестройке микроциркуляции в оставшихся сосудах кавернозных образований. Уменьшается частота послеоперационных осложнений и в среднем до 7 дней сокращаются сроки выздоровления больных.

Литература

1. Воробьев Г.И., Благодарный Л.А. Выбор метода лечения геморроя // Хирургия. 1999;8:50-55.
2. Воробьев Г.И., Благодарный Л.А., Шелыгин Ю.А. Геморрой: современная тактика лечения, Consilium medicum. Приложение // Хирургия 2000:27-30.
3. Даун И.Г., Мельман Е.П. Роль гломусных шунтов анальных кавернозных тел в механизме развития геморроя // Архив патологии. 1992; 54 (8): 28-31.
4. Ривкин В.Л., Капуллер Л.В. Геморрой, запоры. М.: Медпрактика, Медицинская книга, 2000. 155 С.
5. Шафик Л., Мохи-эл-Дин М. Геморроидальное венозное сплетение: анатомия и роль при геморрое. Актуальные проблемы колопроктологии / Материалы конференции. Н.Новгород, 1995:310-311.
6. Hass P.A., Fox T.A., Hass G.P. The pathogenesis of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1990 Mar; 33(3):249-250.
7. Stelzner F. Hemorrhoidectomy A simple operation? Incontinence, stenosis, fistula, infection and fatalities. Chirurg 1992 Apr; 63 (4): 316-326.
8. Stelzner F., Staubesand J., MacOhlids H. Das corpus cavernosum rectidie grunbeage der inneren hemorroider. Langenbecks-Arch-Klin-Chir 1963;299:302-312.
9. Thomson W.H.F. The nature of haemorrhoids. Br.J Surgery 1975; 62:542-552.

COMPRESSION METHOD IN THE COMPLEX TREATMENT OF HAEMORRHOIDS.**V.A. GOLDIN, M. ALFAZZAMAN**

Department of Clinical Surgery RPFU. Moscow-117198, Miklukho Maklaya. 8
Medical faculty.

The authors apply compression method in the final stage of surgical treatment of haemorrhoids, which is accomplished by the compression probe. (In the tri-channeled rubber tube, assembled two latex cuffs). By the insertion of the probe in the anorectal canal and inflating the cuffs, compresses the zones of internal and external haemorrhoidal nodes. Comparative data of the 103 operated patients are presented: in 67 patients, the operations were ended with the insertion of ointment soaked gauze in the anorectic canal, and in 36 - compression probe. In all criteria (pain after operation, bleeding, adaptation of the edges of the operative wound, urinary retention etc.) postoperative results in the group treated with compression method advantageously differed from the control group.

Key words: rectum, haemorrhoid, compression.