

УДК 616.147.17-007.64:616.352-007.253-089.853

## К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

*А.М. Мадаминов, Р.Н. Люхуров*

Приведены результаты симультанной операции при сочетании хронического геморроя III–IV стадии с хронической анальной трещиной различными методами.

*Ключевые слова:* геморрой; анальная трещина; геморроидэктомия; иссечение трещины; сфинктеротомия.

---

## ON THE QUESTION OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS COMBINED WITH THE CHRONIC ANAL FISSURE

*A.M. Madaminov, R.N. Lyukhurov*

The article deals with the results of simultaneous operations with a combination of chronic hemorrhoids of III–IV stage with chronic anal fissure by various methods.

*Key words:* hemorrhoid; anal fissure, hemorrhoidectomy; excision of fissure; sphincterotomy.

**Актуальность.** Врачу-колопроктологу в своей клинической практике приходится часто сталкиваться с сочетанной патологией анального канала, прямой кишки. К такой патологии относится сочетание хронического геморроя с анальной трещиной. Такое сочетание двух заболеваний занимает одно из первых мест среди заболеваний аноректальной области и составляет от 7 до 25 % среди больных геморроем [1–4].

Клиническая картина заболевания, когда хронический геморрой сочетается с анальной трещиной, зависит от симптомов анальной трещины и, прежде всего, от выраженности спазма внутреннего сфинктера прямой кишки.

Если имеется выраженный спазм анального сфинктера, то на первое место будут выходить симптомы анальной трещины: интенсивные боли в момент дефекации и продолжительное время после нее [5–7].

В тех случаях, когда спазм внутреннего сфинктера выражен незначительно, в клинической картине заболевания преобладают выпадение внутренних геморроидальных узлов и выделение крови во время дефекации, а болевой синдром будет выражен незначительно, т. е. во время дефекации и после нее отмечается умеренные боли. При функциональном исследовании запирательного аппарата прямой кишки у этих больных повышение тонуса внутреннего сфинк-

тера в покое незначительно превышает нормальные показатели. Такой вариант течения заболевания чаще всего наблюдается при поздних стадиях геморроя [5–7].

В таких случаях анальная трещина может быть следствием дистрофических изменений анодермы в результате значительного увеличения внутренних геморроидальных узлов и их выпадения из анального канала [5–7].

При ранних стадиях геморроя, когда геморрой сочетается с анальной трещиной, осуществляется консервативное лечение анальной трещины с дополнительным применением препаратов, действующих на геморрой [2, 3, 5].

При поздних стадиях геморроя в сочетании с анальной трещиной осуществляется геморроидэктомия с иссечением анальной трещины [2–4].

Открытыми остаются вопросы – осуществлять или нет во время такой операции боковую подкожную сфинктеротомию, после иссечения трещины ушивать рану или оставлять открытой?

В связи с вышеизложенным мы поставили перед собой цель – улучшить результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной.

**Задачи исследования:**

1. Усовершенствовать способ ушивания раны, остающейся после иссечения анальной трещины во время выполнения геморроидэктомии.

2. Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной различными способами в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

**Материал и методы исследования.** Материалом данного исследования являются результаты обследования и хирургического лечения 172 больных хроническим геморроем III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной, находившихся в отделении колопроктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики за 2011–2012 гг.

В зависимости от применявшихся методов оперативного лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной пациенты были разделены на две группы. Сравнительная оценка эффективности проведенного лечения выполнялась между этими двумя группами.

В первую (основную) группу вошли 82 (47,7 %) больных, оперированных по предложенной нами методике. Во вторую (контрольную) группу включены 90 (52,3 %) пациентов, которым произведена операция геморроидэктомия по Миллигану – Моргану во второй модификации НИИ проктологии МЗРФ с иссечением анальной трещины по Габриэлю.

Больные обеих групп по полу, возрасту и основным данным проявления заболеваний были идентичными.

Из 172 больных с хроническим геморроем III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной большинство составили женщины – 116 (67,4 %), мужчин было 56 (32,6 %). Возраст пациентов составлял 17–65 лет. По возрасту больные распределились следующим образом: от 17 до 19 лет – 5 (2,9 %), от 20 до 29 лет – 33 (19,18 %), от 30 до 39 лет – 30 (17,44 %), от 40 до 49 лет – 50 (29,07 %), от 50 до 59 лет – 28 (16,28 %), 60 лет и старше – 26 (15,12 %) пациентов.

Анамнез заболевания составлял 10 и более лет. Все пациенты предъявляли жалобы на выпадение внутренних геморроидальных узлов, появление крови и незначительные боли во время дефекации.

Оценка структурных изменений и функционального состояния запирающего аппарата проводилась на основании объективных клинических данных, аноскопии, ректальной термометрии, сфинктерометрии, эндоректальной ультрасонографии и результатов амбулаторного наблюдения оперированных пациентов.

Отдаленные сроки лечения изучены в сроки от 6 до 24 месяцев, при этом контрольные осмотры

с функциональным исследованием замыкательного аппарата проводились в сроки 4 и 8 недель после заживления послеоперационных ран.

#### **Результаты лечения и их обсуждение.**

У всех больных наряду с выраженными геморроидальными узлами, выпадающими наружу при дефекации, кашле имелась хроническая анальная трещина. В большинстве случаев у 145 (84,3 %) больных диагностирована задняя анальная трещина, у 16 (9,3 %) пациентов выявлена передняя трещина. Сочетание двух трещин, располагавшихся на передней и задней стенках заднепроходного канала отмечено в 11 (6,4 %) наблюдениях.

Больным основной группы произведены одновременно геморроидэктомия по Миллигану – Моргану во второй модификации НИИ проктологии МЗРФ и иссечение анальной трещины по Габриэлю с ушиванием образовавшейся раны в поперечном направлении.

Учитывая, что у больных во время операции производилось насильственное растяжение заднего прохода ректальным зеркалом, у них боковая или задняя дозированная сфинктеротомия не осуществлялась.

У больных контрольной группы осуществляли также одновременно геморроидэктомию по Миллигану – Моргану во второй модификации НИИ проктологии МЗРФ и иссечение анальной трещины по Габриэлю с оставлением раны открытой.

У больных контрольной группы операция иссечения анальной трещины по Габриэлю дополнялась с дозированной сфинктеротомией. При задней “открытой” сфинктеротомии рассечение внутреннего сфинктера производили строго по задней стенке на 6-ти часах. Дозированную сфинктеротомию у мужчин осуществляли на глубину до 0,8 см, у женщин – на глубину на 0,6 см. Рассечение сфинктера на 12-ти часах не выполняли из-за анатомических предпосылок к формированию ректовагинальных свищей у женщин, большего риска инконтиненции и инфильтративно-воспалительных осложнений. У 90 больных, перенесших сфинктеротомию, в 42 (46,6 %) наблюдениях была выполнена латеральная “закрытая” дозированная сфинктеротомия, а 48 (53,4 %) пациентам произведена задняя “открытая” дозированная сфинктеротомия.

Из 82 (47,7 %) больных основной группы в послеоперационном периоде у 3 (3,7 %) пациентов отмечались жалобы на боли в области послеоперационных ран и выделение крови при дефекации. Из 90 (52,3 %) пациентов контрольной группы в послеоперационном периоде у 8 (8,9 %) отмечались жалобы на боли в области послеоперационных ран и выделение крови при дефекации.

Больные основной группы провели в стационаре в среднем  $7 \pm 1,2$  койко-дня. Сроки амбулаторного долечивания равнялись 15 дням.

Пациенты контрольной группы на стационарном лечении находились в среднем  $9 \pm 1,4$  койко-дня, а сроки амбулаторного долечивания составили 17 дней.

В обеих группах больных послеоперационной инконтиненции не отмечалось.

В отдаленные сроки среди больных основной группы у 2 (2,4 %) пациентов наступил рецидив анальной трещины, а среди больных контрольной группы рецидив анальной трещины наблюдался у 5 (5,5 %) пациентов.

Таким образом, наше исследование показало, что при сочетании хронического геморроя III–IV стадии с хронической анальной трещиной достаточно выполнения симультанной операции после насильственного растяжения анального сфинктера ректальным зеркалом в объеме геморроидэктомии по Миллигану – Моргану во второй модификации НИИ проктологии МЗ РФ с иссечением анальной трещины по Габриэлю с ушиванием раны, остающейся после иссечения трещин, в поперечном направлении.

#### **Выводы**

1. Усовершенствован способ ушивания раны, оставшейся после иссечения анальной трещины.

2. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной показал преимущества симультанной операции: геморроидэктомии с иссечением анальной

трещины по Габриэлю с ушиванием раны, оставшейся после иссечения трещины, в поперечном направлении.

#### **Литература**

1. *Генри М.* Колопроктология и тазовое дно / М. Генри, М. Свош. М.: Медицина, 1988. С. 98–117.
2. *Кулжабаев Т.* Сочетание геморроя и анальной трещины. Диагностика и лечение / Т. Кулжабаев // Сб. “Актуальные проблемы колопроктологии”. Волгоград, 1997. С. 74–77.
3. *Ривкин В.Л.* Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1994. 240 с.
4. *Ривкин В.Л.* Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.
5. *Благодарный Л.А.* Результаты консервативного лечения хронической анальной трещины в сочетании с кровотоющим геморроем / Л.А. Благодарный, Е.Е. Жарков // Колопроктология. 2007. № 1. С. 34–38.
6. *Благодарный Л.А.* Хирургические методы релаксации внутреннего сфинктера у больных анальной трещиной / Л.А. Благодарный, Н.Н. Полетов, Е.Е. Жарков // Колопроктология. 2007. № 4. С. 43–47.
7. *Грошилин В.С.* Преимущества комплексного подхода в диагностике и лечении анальных трещин / В.С. Грошилин // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2007. Т. 2. № 2. С. 91–94.