

Передовые Подходы В Лечении Сочетанных Форм Хронического Геморроя И Анальной Трещины

Базаров Бобур Ахтамали угли ¹

Нурмурзаев Зафар Нарбай угли ²

Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич ³

Аннотация

В статье представлены результаты сравнительного исследования эффективности хирургического лечения пациентов с сочетанием хронического геморроя III–IV стадии и хронической анальной трещины. Оценивались результаты применения малоинвазивной методики трансанальной геморроидальной деартериализации (ТГД) в сочетании с иссечением анальной трещины по сравнению со стандартной операцией геморроидэктомии по Миллигану–Моргану с одновременным удалением трещины. Установлено, что комбинированный малоинвазивный подход обеспечивает достоверно меньшую послеоперационную боль, более быстрое заживление, меньшую частоту осложнений и рецидивов, что делает его предпочтительным методом лечения данной патологии.

Ключевые слова: Хронический геморрой, анальная трещина, геморроидэктомия, трансанальная деартериализация.

^{1, 2, 3} Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность Хронический геморрой и анальная трещина – одни из самых распространенных проктологических заболеваний. По эпидемиологическим данным, анальные трещины составляют до 10–15% всех обращений к проктологам. Распространенность геморроя также высока: примерно половина людей старше 50 лет испытывают симптомы геморроя, а у 5% населения он требует хирургического лечения. Зачастую у одного пациента одновременно встречаются и геморроидальная болезнь, и хроническая анальная трещина. Наличие сочетанной патологии усугубляет течение каждого из заболеваний и значительно снижает качество жизни пациента (боль, кровотечение, дискомфорт).

Для геморроя III–IV стадии стандартом лечения является хирургическое вмешательство –

геморроидэктомия. Классическая геморроидэктомия (операция Миллигана–Моргана или Фергюсона) надежно устраняет пролапс и кровотечение, но сопряжена с выраженным послеоперационным болевым синдромом и другими осложнениями. В свою очередь, хроническая анальная трещина обычно не заживает при консервативной терапии; “золотым стандартом” ее лечения признана латеральная внутренняя сфинктеротомия (ЛВС), обеспечивающая заживление трещины в более чем 90% случаев. Таким образом, при сочетании геморроя и хронической трещины прямой кишки каждому из заболеваний показано оперативное лечение.

Традиционно тактикой было либо этапное лечение (сначала оперировать одно заболевание, затем – другое), либо одномоментное удаление геморроидальных узлов с иссечением трещины. Однако выполнение двух отдельных операций удлиняет общий срок лечения и период нетрудоспособности пациента. Одновременное же устранение обеих патологий в рамках одной операции сопряжено с повышенной травматизацией анального канала. При классической геморроидэктомии в сочетании с иссечением трещины формируется обширный раневой дефект, отек и сфинктероспазм, что ухудшает кровоснабжение области трещины и замедляет ее заживление. Кроме того, сочетанное вмешательство на геморроидальных узлах и сфинктере повышает риск послеоперационной недостаточности анального жома (недержания газов/кала) и стеноза анального канала. По этой причине в прошлом некоторые авторы не рекомендовали рутинно совмещать геморроидэктомию с сфинктеротомией.

С развитием малоинвазивных технологий появились новые возможности для одновременного лечения геморроя и анальной трещины. Метод доплер-навигационной трансанальной геморроидальной деартериализации (ТГД, известен как HAL-RAR) позволяет прошивать и лигировать артерии, питающие геморроидальные узлы, с минимальной травмой слизистой. Это приводит к уменьшению геморроидальных узлов без иссечения, сокращению раневой поверхности и болевых ощущений. Одновременно для лечения трещины может быть выполнено ее локальное иссечение или частичная сфинктеротомия. Ряд исследований продемонстрировал, что совмещенное применение современных методов (например, степлерной геморроидопексии или ТГД) с лечением трещины является безопасным и эффективным подходом. Так, комбинация степлерной геморроидопексии с латеральной сфинктеротомией показала полное заживление всех трещин в течение 4 недель и отсутствие рецидивов при наблюдении. Дополнение стандартной геморроидэктомии выполнением ЛВС достоверно снижает послеоперационную боль и риск формирования трещин и стриктур в отдаленном периоде. Таким образом, актуальной задачей является поиск оптимальной хирургической тактики, позволяющей одномоментно вылечить геморрой и анальную трещину, минимизировав травму тканей и улучшив исходы лечения.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии при сочетании с хронической анальной трещиной путем внедрения малотравматичной комбинации операций. Предполагается, что применение малоинвазивной трансанальной геморроидальной деартериализации в сочетании с локальным лечением анальной трещины позволит снизить послеоперационную заболеваемость и частоту рецидивов по сравнению со стандартной геморроидэктомией с иссечением трещины.

Материалы и методы. Проведено проспективное сравнительное исследование 114 пациентов с сочетанием хронического геморроя III–IV степени и хронической анальной трещины. Критериями включения были наличие геморроидальной болезни не ниже III стадии (пролапс узлов, требующий ручного вправления или присутствующий постоянно) и хронической анальной трещины (с длительностью симптомов более 2 месяцев, наличием сторожевого бугорка и гипертрофированного сосочка). Не включались пациенты с острой анальной трещиной, воспалительными заболеваниями кишечника, злокачественными новообразованиями аноректальной зоны и тяжелой сопутствующей патологией.

Все пациенты были разделены на две группы. Основную группу составили 59 больных, которым

выполнялась оригинальная комбинация малоинвазивных вмешательств: трансанальная геморроидальная деартериализация (ТГД) под доплер-контролем в сочетании с иссечением анальной трещины. ТГД проводили с помощью специального аноскопа с ультразвуковым датчиком: прошивали и лигировали ветви верхней прямокишечной артерии на 3, 7, 11 часах (и дополнительных позициях при необходимости) с последующей мукопексией пролабирующей слизистой. Хроническая трещина иссекалась в пределах здоровых тканей; при этом у части пациентов выполняли ограниченную дозированную сфинктеротомию (рассечение нижних волокон внутреннего сфинктера) для устранения выраженного сфинктероспазма. Группу сравнения составили 55 пациентов, которым проводилось стандартное хирургическое лечение: открытая геморроидэктомия (по Миллигану–Моргану) с одномоментным иссечением хронической анальной трещины. В ходе этой операции последовательно удаляли три основных геморроидальных узла с прошиванием сосудистой ножки; трещину иссекали одним блоком вместе с прилежащими рубцовыми изменениями, выполняя при необходимости латеральную внутреннюю сфинктеротомию для адекватного разгрузочного эффекта.

Распределение пациентов по полу и возрасту в группах было сходным: мужчин – 46% и 49%, средний возраст – 45 ± 2 и 46 ± 3 года в основной и контрольной группах соответственно (различия статистически незначимы, $p > 0,05$). Давность существования трещины составляла от 2 до 12 месяцев, геморрой III стадии наблюдался у ~60% пациентов, IV стадии – у ~40% в обеих группах. Все операции выполнялись под спинальной анестезией в литотомическом положении. Послеоперационное обезболивание осуществлялось НПВП и при необходимости опиоидными анальгетиками (трамадол). Пациенты основной группы, помимо стандартного осмотра, проходили доплеровскую лазерную флоуметрию слизистой анального канала до и после операции (для объективной оценки регионарного кровотока, данные не приводятся в статье).

Наблюдение за пациентами продолжалось в среднем 12 месяцев (от 6 до 18 месяцев). Контрольные осмотры проводились через 1, 3, 6 и 12 месяцев после вмешательства. Оценка эффективности лечения выполнялась по следующим критериям: интенсивность послеоперационного болевого синдрома (по визуально-аналоговой шкале, ВАШ), время до полного заживления раны (эпителизации области трещины и постгеморроидэктомических ран), наличие ранних послеоперационных осложнений, таких как острая задержка мочи, кровотечение, нагноение (инфицирование) раны, транзиторная или стойкая недостаточность анального сфинктера (недержание газов/кала). В отдаленном периоде сравнивали частоту рецидива анальной трещины и рецидива геморроя. Рецидив трещины определяли как возобновление стойких болей и спазма в анальном канале с дефектом слизистой в месте рубца трещины, появившееся после первоначального заживления. Рецидив геморроя определяли как появление симптомных геморроидальных узлов (кровотечение, пролапс) в зонах, отличных от удаленных узлов, либо возобновление пролапса оставшихся узлов. Статистический анализ проводился с использованием t-критерия Стьюдента и χ^2 , достоверным считали различие при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Обе примененные тактики позволили достичь излечения пациентов, однако результаты значительно различались по ряду параметров. В основной группе, где применялся малотравматичный метод, послеоперационные боли были существенно меньше. Интенсивность болевого синдрома в первые сутки (по ВАШ) составила 4 ± 1 балла, тогда как в группе сравнения – 8 ± 1 баллов ($p = 0,006$). Более щадящее вмешательство в меньшей степени повреждало чувствительные структуры анального канала и снижало выраженность сфинктероспазма, что облегчало состояние пациентов. Разницы в потребности в наркотических анальгетиках между группами практически не отмечено, однако больные после ТГД реже нуждались в продленном курсе обезболивания и быстрее возвращались к обычной активности.

За счет менее выраженного болевого синдрома и стресса у пациентов основной группы реже возникала острая задержка мочи в раннем послеоперационном периоде. Данный неприятный компонент после проктологических операций наблюдался у 19 пациентов (31,7%) группы

сравнения, тогда как в основной группе – только у 6 (10,5%) пациентов ($p=0,004$). Снижение частоты этого осложнения, вероятно, связано с меньшей потребностью в опиоидных анальгетиках и меньшей травматизацией парасимпатических нервных путей при щадящей методике.

Отмечена тенденция к снижению частоты инфекционных осложнений. Нагноение послеоперационной раны (острый подкожный парапроктит) в группе сравнения развилось у 5 пациентов (8,3%) на 3–5-е сутки, тогда как в основной группе подобное осложнение отмечено лишь у 1 пациента (1,7%). Разница (8,3% vs 1,7%) не достигла статистической значимости ($p=0,104$), однако клинически имеет значение, так как инфекция раны удлиняет сроки заживления. Меньшая площадь раневой поверхности и лучшая трофика тканей после ТГД способствуют более благоприятному течению раннего послеоперационного периода. В обеих группах при необходимости проводилась антибиотикопрофилактика; случаев выраженного послеоперационного кровотечения, требующего повторной операции, не зафиксировано.

Средняя продолжительность стационарного лечения после операции оказалась короче при использовании комбинации ТГД + иссечение трещины. Пациенты основной группы находились в стационаре в среднем $3,0 \pm 1,1$ дня, что сопоставимо с лечением изолированной трещины, тогда как после классической геморроидэктомии со сфинктеротомией – $6,0 \pm 1,2$ дней (в 2 раза дольше; $p < 0,01$). Более быстрое восстановление обусловлено меньшими послеоперационными болями и отсутствием серьезных осложнений у пациентов основной группы. Они раньше возвращались к активному образу жизни и труду, что имеет важное социально-экономическое значение.

Ни у одного пациента основной группы не было отмечено признаков недостаточности анального сфинктера (ни в раннем, ни в отдаленном периоде). В группе сравнения же у 4 пациентов (6,7%) наблюдалось легкое транзиторное недержание газов в ранние сроки после операции. Эти случаи связаны, по-видимому, с расширенной сфинктеротомией и рубцовыми изменениями при обширном комбинированном вмешательстве. Все эпизоды недержания в группе сравнения носили обратимый характер и полностью компенсировались в течение 1–2 месяцев консервативной терапии (диета, упражнения, физиопроцедуры). Однако сам факт отсутствия подобных явлений в основной группе подчеркивает атравматичность предлагаемого метода. Кроме того, в основной группе не выявлено ни одного случая послеоперационного стеноза (стриктуры) анального канала, тогда как в группе сравнения анальный стеноз сформировался у 5 пациентов (8,3%). Вероятно, множественные рубцовые изменения после традиционной операции (три раны от геморроидэктомии + рубец трещины) приводили к сужению анального канала, требуя впоследствии проведения бужирования или повторных вмешательств. Применение же органосохраняющей методики (ТГД) в сочетании с локальным иссечением одного ограниченного участка (трещины) позволяет сохранить нормальную анатомию анального канала и избежать стриктур.

При наблюдении в течение 1 года показатели рецидивов заболеваний в сравниваемых группах существенно отличались. В основной группе был отмечен лишь 1 случай рецидива анальной трещины (1,7%), тогда как в группе сравнения рецидив трещины произошёл у 5 пациентов (8,3%). Таким образом, использование ЛВС или иссечения трещины на фоне геморроидэктомии не гарантирует отсутствия повторного формирования трещины в отдаленном периоде – вероятно, вследствие сохранения факторов риска (гипертонус сфинктера, рубцовая деформация анодермы). Предлагаемый малотравматичный метод обеспечил более полное излечение трещины. У единственного пациента основной группы, у которого вновь появилась трещина, обострение было купировано консервативными мерами (диета, мази с нитроглицерином) без необходимости повторной операции. В группе сравнения из 5 случаев рецидива трещины лишь 1 удалось вылечить терапевтически, а 4 (80%) потребовали повторного хирургического вмешательства. Это наглядно демонстрирует преимущество первоначального щадящего подхода, обеспечивающего лучшее заживление раны анального канала.

Рецидив геморроя (возникновение новых симптомных узлов) также реже отмечен в основной группе – у 2 пациентов (3,5%) против 6 пациентов (10%) в группе сравнения. Несмотря на лигирование основных геморроидальных сосудов при классической операции, у ряда больных группы сравнения в течение года появились новые узлы, требовавшие лечения. В 2 случаях удалось выполнить малоинвазивное лигирование резинками, но еще 4 пациентам потребовалось повторное оперативное удаление узлов. В основной же группе оба случая рецидива геморроя были относительно легкими: узлы появились небольшие, без значимого пролапса, и успешно устранены амбулаторно методом вакуумного лигирования одного узла у каждого пациента. Таким образом, даже редкие рецидивы после ТГД носили менее тяжелый характер, чем после классической операции. Более низкий процент рецидивирования при использовании ТГД объясняется устранением всех притоков геморроидальных артерий (в том числе мелких), что приводит к спадению и фиброзу геморроидальных сплетений, остающихся в анальном канале. При открытой геморроидэктомии возможно сохранение и последующая дилатация кавернозных тканей вне удаленных узлов, особенно если не выполнена деартериализация дополнительных притоков.

Полученные результаты согласуются с данными литературы. В частности, Feleshtynsky и соавт. (2021) отмечают, что одномоментное малоинвазивное лечение геморроя и трещины улучшает регионарный кровоток и ускоряет заживление, позволяя достоверно снизить послеоперационную боль, задержку мочи и другие осложнения. В их исследовании применение ТГД с иссечением трещины позволило уменьшить частоту осложнений на 88% по сравнению с группой геморроидэктомии. Наши результаты также демонстрируют, что предложенная тактика превосходит традиционную операцию по всем основным критериям эффективности. Следует отметить, что другой способ сочетанного лечения – выполнение геморроидэктомии с одновременной латеральной сфинктеротомией – также дает определенные преимущества, прежде всего снижение боли и профилактику формирования трещины или стриктуры в послеоперационном периоде. Однако даже при этом подходе сохраняются недостатки, связанные с самой геморроидэктомией (значительная раневая поверхность, боль, риск инфекции и стриктуры) и с дополнительным рассечением сфинктера (хоть и небольшим) – например, транзиторное недержание газа отмечается до 15% случаев. Методика же ТГД лишена этих недостатков: она не оставляет больших ран, не требует иссечения ткани геморроидальных узлов и минимально травмирует сфинктер, сохраняя его целостность. Допплер-методика позволяет адресно отключить кровоток в узлах, при этом улучшая кровоснабжение области трещины за счёт ликвидации спазма и улучшения венозного оттока. В результате одновременно достигаются радикальное устранение геморроя и оптимальные условия для заживления хронической трещины.

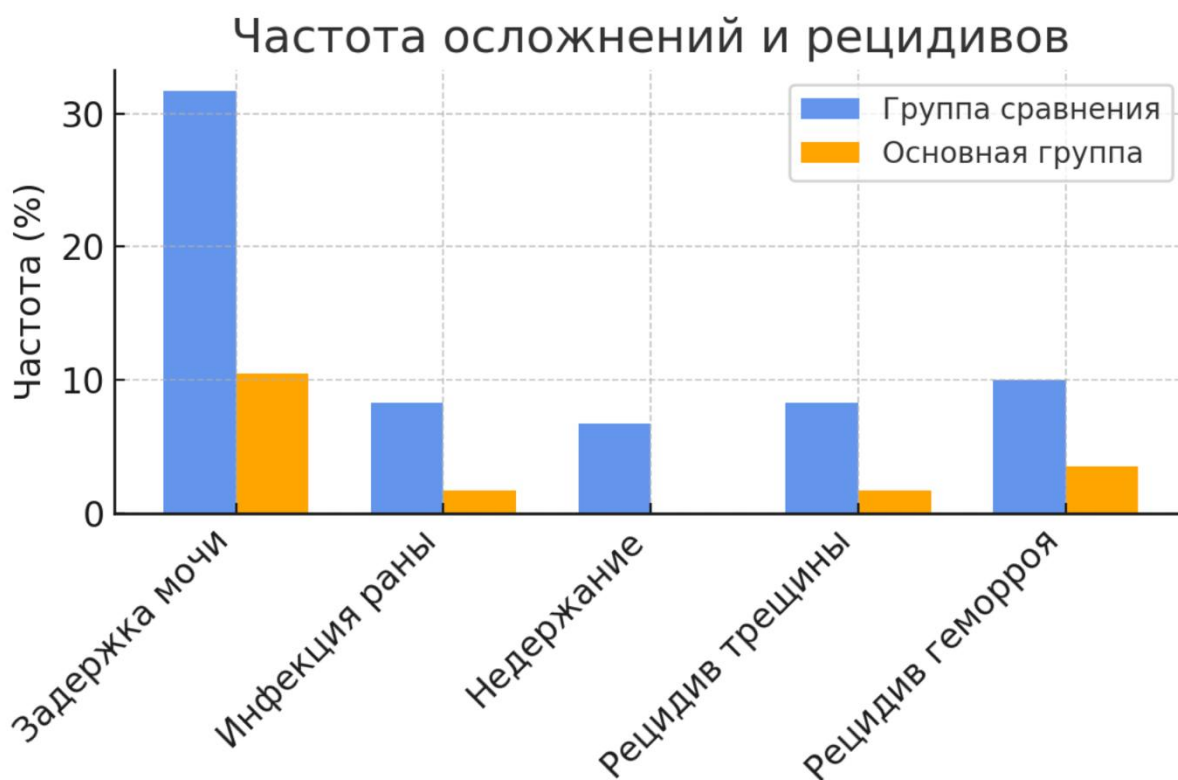


Рис. 1. Сравнительная частота послеоперационных осложнений и рецидивов (процент пациентов) в группе стандартной геморроидэктомии с иссечением трещины (синий цвет) и в группе малоинвазивного комбинированного лечения – ТГД + иссечение трещины (оранжевый цвет). Обратите внимание на значительное снижение большинства показателей в основной группе.

В Таблице 1 обобщены ключевые показатели исходов лечения в сравниваемых группах. Приведенные данные подтверждают статистически значимое преимущество предложенной тактики по ряду критериев. Особенно выражены различия в интенсивности боли, частоте острой задержки мочи, сроках стационарного лечения, а также в отдаленном исходе – частоте рецидивов. Несмотря на отсутствие значимой разницы в отдельных осложнениях (нагноение раны) из-за их редкого появления, общая тенденция явно указывает на большую безопасность и эффективность одновременного малоинвазивного вмешательства по сравнению с традиционной операцией.

Таблица 1. Результаты лечения (осложнения и рецидивы) у пациентов группы стандартной операции и группы комбинированного малоинвазивного вмешательства

Показатель	Группа сравнения: Геморроидэктомия + иссечение трещины	Основная группа: ТГД + иссечение трещины	p
Боль (ВАШ) в первые сутки, баллы	8 ± 1	4 ± 1	0,006 (↓)
Острая задержка мочи, случаев (%)	19 (31,7%)	6 (10,5%)	0,004 (↓)
Нагноение раны, случаев (%)	5 (8,3%)	1 (1,7%)	0,104 (н.с.)
Недержание газов/кала, случаев (%)	4 (6,7%)	0 (0%)	0,045 (↓)
Стеноз анального канала, случаев (%)	5 (8,3%)	0 (0%)	0,022

			(↓)
Длительность стационара, дней	6,0 ± 1,2	3,0 ± 1,1	0,000 3 (↓)
Рецидив анальной трещины, случаев (%)	5 (8,3%)	1 (1,7%)	0,087 (н.с.)
Рецидив геморроя, случаев (%)	6 (10%)	2 (3,5%)	0,161 (н.с.)

При интерпретации результатов следует учитывать, что показатели рецидивов при наблюдении 12 месяцев имеют тенденцию в пользу нового метода, хотя статистическая значимость не достигнута для каждого отдельного вида рецидива (видимо, из-за относительно небольшого объема выборки). Тем не менее, суммарная частота любых неблагоприятных исходов (осложнений и рецидивов) существенно ниже в основной группе (6 из 59 пациентов, 10,2%), чем в группе сравнения (21 из 55, 38,2%; $p < 0,01$). Это свидетельствует в пользу клинической целесообразности предложенного подхода. Полученные данные согласуются с современной концепцией комбинированного лечения: по литературным сведениям, при одновременном устранении геморроя и трещины общие риски осложнений снижаются примерно на 80%. Кроме того, метод ТГД уже зарекомендовал себя как эффективный способ снизить послеоперационную боль и ускорить возвращение пациентов к нормальной жизни при лечении геморроя II–III степени. Наши результаты распространяют эти преимущества и на более тяжелый геморрой (III–IV стадии) в сочетании с трещиной заднего прохода.

Выводы

1. Одномоментное хирургическое лечение хронического геморроя и анальной трещины оправдано и эффективно. Разделение операций во времени неоправданно удлиняет период лечения и страданий пациента. Предложенная тактика позволяет в рамках одного вмешательства радикально устранить обе патологии, не повышая риск осложнений.
2. Применение трансанальной геморроидальной деартериализации (ТГД) в сочетании с иссечением хронической трещины улучшает непосредственные результаты лечения. По сравнению с классической геморроидэктомией, комбинированная малоинвазивная операция приводит к достоверному снижению послеоперационной боли, ускорению заживления ран и сокращению сроков стационарного пребывания. Отмечается значимое уменьшение частоты таких осложнений, как острая задержка мочи (в 3 раза реже) и послеоперационный сфинктерный недержание. При этом методика не увеличивает риск кровотечений и инфекций раны.
3. Предложенный метод улучшает отдаленные исходы и снижает вероятность рецидивов. Комбинированное малотравматичное вмешательство позволило добиться более полного излечения хронической трещины и геморроя: через 1 год рецидив трещины отмечен лишь у 1,7% пациентов, рецидив геморроя – у 3,5%, что ниже, чем после стандартной операции (8,3% и 10% соответственно). В случае рецидива после ТГД он протекал в более легкой форме и успешно лечился консервативно или малоинвазивно, тогда как после геморроидэктомии нередко требовалась повторная операция.

Литература:

1. Stewart D.B., Gaertner W., Glasgow S., Migaly J., Feingold D., Steele S.R. (2017). Clinical Practice Guideline for the Management of Anal Fissures. *Diseases of the Colon & Rectum*, 60(1): 1–7.
2. Guttormson N. (2017). The Evaluation and Office Management of Hemorrhoids for the Gastroenterologist. *Current Gastroenterology Reports*, 19(7): 30.

3. Кондратенко Г.И., Губергриц Н.Б., Елиева Э. и др. (2016). Клиническая колопроктология – руководство для врачей. Харьков: Факт. (Консервативная терапия и хирургическое лечение геморроя).
4. Fox-Orenstein A.E., Umar S., Crowell M.D. (2014). Common anorectal disorders. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*, 10(5): 294–301.
5. Распийченко О.П. (2015). Оптимизация лечения анальной трещины в сочетании с хроническим геморроем. *Молодой ученый*, 21(101): 30–35.
6. Ayantunde A.A., Debrah S.A. (2006). Current concepts in anal fissures. *World Journal of Surgery*, 30(12): 2246–2250.
7. Trenti L., Biondo S., Galvez A., Bravo A., Cabrera J., Kreisler E. (2017). Doppler-guided transanal hemorrhoidal dearterialization versus conventional hemorrhoidectomy for grade III and IV hemorrhoids: postoperative morbidity and long-term outcomes. *Techniques in Coloproctology*, 21(5): 337–344.
8. Nelson R. (2005). Operative procedures for fissure in ano. *Cochrane Database Syst Rev*, (4): CD002199.
9. Ho Y.H., Seow-Choen F., Tan M., Leong A.F. (1997). Randomized controlled trial of lateral internal sphincterotomy vs four percent anal dilatation for chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum*, 40(12): 1310–1312.
10. Trilling B., Pfefferkorn U., Herold A. (2017). Decreased blood flow to the posterior anal canal shown during Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation explains a concurrent healing effect in chronic anal fissure. *Techniques in Coloproctology*, 21(8): 641–642.
11. Schouten W.R., Briel J.W., Auwerda J.J., de Graaf E.J. (1996). Ischaemic nature of anal fissure. *Br J Surg*, 83(1): 63–65.
12. Brown S.R. (2017). Hemorrhoids: an update on management. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 8(10): 141–147.