

Совершенствование Хирургических Технологий Для Повышения Эффективности Лечения Осложнённых Форм Геморроя

Комилов Махмуд Абдурахмон угли ¹

Нурмурзаев Зафар Нарбай угли ²

Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич ³

Аннотация

В статье представлены результаты сравнительного клинического исследования, направленного на совершенствование методов хирургического лечения осложнённых форм геморроя. Усовершенствованный метод, основанный на применении местной анестезии и щадящей техники геморроидэктомии, продемонстрировал снижение частоты послеоперационных осложнений, уменьшение выраженности болевого синдрома и сокращение сроков госпитализации по сравнению со стандартной методикой. Полученные данные подтверждают клиническую эффективность и безопасность предложенного подхода, сохраняя при этом высокую радикальность лечения.

Ключевые слова: Геморрой, хирургическое лечение, осложнённые формы, послеоперационные осложнения.

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

Актуальность. Геморрой является одним из самых распространённых заболеваний человека и наиболее частой причиной обращений к колопроктологам. Распространённость геморроя достигает 130–145 случаев на 1000 взрослых, а доля этого заболевания в структуре патологий толстой кишки составляет 34–41%. У многих пациентов течение болезни осложняется: возникают кровотечения, тромбоз узлов, выпадение узлов и другие проблемы. Острый тромбоз геморроидальных узлов признан самым частым и тяжёлым осложнением геморроя. Массовые геморроидальные кровотечения могут приводить к железодефицитной анемии – тяжёлая степень анемии у больных геморроем выявляется в 6–9% случаев. Таким образом, осложнённые формы

геморроя (кровотечения с анемией, необратимое выпадение узлов IV степени, острый тромбоз узлов и др.) представляют серьёзную клиническую проблему. Они ухудшают качество жизни пациентов, могут требовать неотложной помощи и существенно повышают сложность лечения.

Стандартным радикальным лечением геморроя остаётся хирургическое удаление узлов (геморроидэктомия). Однако традиционные методики геморроидэктомии (например, операция по Фергюссону – закрытая геморроидэктомия) сопряжены с послеоперационными болями, риском осложнений (кровотечение, инфекция раны, задержка мочеиспускания) и довольно длительным заживлением ран. Даже при успешном выполнении классической операции возможны рецидивы геморроя (в первые годы после вмешательства у 1–3% пациентов, а через 10–12 лет – у до 8% пациентов). В связи с этим актуален поиск путей совершенствования хирургического лечения геморроя, особенно его осложнённых форм. Усовершенствованные методики направлены на снижение интра- и послеоперационных осложнений, ускорение заживления и уменьшение боли, что в итоге должно улучшить результаты лечения и снизить вероятность рецидивов. Клиническая значимость проблемы обусловлена высокой распространённостью геморроя и существенным влиянием осложнённых его форм на здоровье и трудоспособность пациентов.

Целью данного исследования являлось повышение эффективности хирургического лечения осложнённых форм геморроя. Авторы стремились разработать и внедрить усовершенствованный метод геморроидэктомии и оценить его влияние на непосредственные и отдалённые результаты лечения. Предполагалось, что новый метод позволит снизить частоту послеоперационных осложнений, уменьшить интенсивность болевого синдрома, ускорить заживление и снизить риск рецидива заболевания по сравнению со стандартной хирургической тактикой.

Материалы и методы. Для достижения цели проведено сравнительное клиническое исследование, включающее 114 пациентов с осложнёнными формами геморроя. Все пациенты были обследованы и пролечены в проктологическом стационаре. Критериями включения были наличие осложнённого геморроя, требующего хирургического лечения: обильные геморроидальные кровотечения, сопровождающиеся анемией; хронический геморрой IV степени с выпадением узлов, не поддающихся вправлению; острый тромбоз геморроидальных узлов III степени и т.п. Пациенты с сопутствующей тяжёлой патологией, увеличивающей операционный риск, в исследование не включались.

Все 114 больных были разделены на две группы. В основную группу вошли 59 пациентов, которым выполнили геморроидэктомию усовершенствованным методом. В группу сравнения включены 55 пациентов, оперированных по стандартной методике. Средний возраст больных составил ~45 лет (от 22 до 72 лет), среди них 62% мужчин и 38% женщин (распределение по группам было сопоставимым). Осложнённые формы геморроя, с которыми поступили пациенты, распределились следующим образом: у многих наблюдалось хроническое геморроидальное кровотечение, приведшее к анемии (около 30–35% случаев), часть пациентов имела хронический геморрой IV стадии с выпадением внутренних узлов и слизистой (примерно 30%), у остальных отмечен острый тромбоз узлов III степени тяжести (около 30%) – эти формы осложнений соответствуют наиболее типичным в проктологической практике.

Усовершенствованный метод хирургического лечения, применённый в основной группе, разработан авторами на основе модификации классической геморроидэктомии. Ключевые отличия нового метода: максимально щадящее удаление геморроидальных узлов с восстановлением слизистой анального канала и погружением (укрытием) культей сосудистых ножек узлов в подслизистый слой. Проще говоря, после иссечения узлов выполнялась дополнительная пластика – края слизистой оболочки подшивались так, чтобы закрыть раневую поверхность. Предложенная техника позволяла произвести надёжную остановку кровотечения из кавернозных сплетений и одновременно уменьшить открытую раневую поверхность. В группе сравнения выполнялась стандартная закрытая геморроидэктомия (методика Фергюссона) без

дополнительных элементов пластики – узлы иссекались с прошиванием сосудистой ножки, после чего слизисто-кожный дефект ушивался обычным способом. Оба вида операций проводились под сакральной анестезией в условиях операционной.

Послеоперационное ведение пациентов включало стандартный комплекс: диетические рекомендации, послабляющие препараты для профилактики запоров, анальгетики по требованию, ежедневные перевязки с антисептиками. Для оценки эффективности лечения использованы следующие критерии: частота послеоперационных осложнений (кровотечение из раны, инфекционно-воспалительные осложнения, острая задержка мочи и др.) в стационаре и в ближайшие 2 недели; интенсивность послеоперационной боли (по 10-балльной визуальной аналоговой шкале, ВАШ) в динамике; сроки заживления послеоперационных ран (время до полного эпителизации дефектов); длительность стационарного лечения; а также частота рецидивов геморроя в течение 1 года наблюдения после операции. Статистический анализ выполнен с использованием критерия χ^2 и t-критерия Стьюдента; различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Обобщённые результаты сравнения двух групп представлены в табл. 1. Усовершенствованный метод продемонстрировал явные преимущества: в основной группе отмечено уменьшение частоты осложнений, более быстрое заживление и снижение боли по сравнению со стандартной тактикой. Ниже приводится подробное описание полученных данных с их обсуждением.

Таблица 1. Результаты хирургического лечения осложнённого геморроя в сравниваемых группах

Показатель	Основная группа (n=59)	Группа сравнения (n=55)	p- значение
Частота послеоперационных осложнений	5% (3/59)	18% (10/55)	< 0,05
Средний срок заживления ран	14 ± 3 дней	21 ± 4 дня	< 0,01
Интенсивность боли (ВАШ), 1-е сутки	4,5 ± 0,5 балла	6,3 ± 0,6 балла	< 0,01
Интенсивность боли (ВАШ), 3-и сутки	2,0 ± 0,4 балла	4,0 ± 0,5 балла	< 0,01
Рецидив геморроя (в течение 12 мес.)	0% (0/59)	5% (2/55)	> 0,05

Как видно из таблицы, послеоперационные осложнения встречались значительно реже при использовании усовершенствованной методики. В основной группе они наблюдались лишь у 3 пациентов (5%), тогда как в группе сравнения – у 10 пациентов (18%). Осложнения в группе сравнения в основном были связаны с заживлением ран вторичным натяжением из-за частичного расхождения швов или инфицирования. В двух случаях у пациентов группы сравнения развился гнойный процесс в области раны (парапроктит), потребовавший дренирования и дополнительной антибактериальной терапии. В основной группе подобных инфекционных осложнений не отмечено (0 случаев против 2 случаев в контроле). Кровотечение из послеоперационной раны, требовавшее активного вмешательства (перевязки кровоточащего сосуда), произошло у 1 больного основной группы и у 2 больных группы сравнения. Кроме того, в контрольной группе чаще фиксировалась рефлекторная задержка мочеиспускания в первые сутки после операции у мужчин старше 50 лет (4 случая против 1 случая; 5% vs 1,7%). Таким образом, применение нового метода позволило снизить риск ранних послеоперационных осложнений более чем в 3 раза. Эти различия статистически значимы и имеют важное клиническое значение. Полученные результаты

согласуются с данными других исследований, где модификация стандартной геморроидэктомии приводит к достоверному снижению частоты осложнений в ближайшем и отдалённом послеоперационном периодах.

Не менее важным достижением стало уменьшение послеоперационной боли при использовании усовершенствованной техники. Практически всем пациентам обеих групп назначались анальгетики в раннем послеоперационном периоде, однако интенсивность болевого синдрома значительно отличалась. В основной группе больные отмечали умеренную боль: средний балл по ВАШ в первые сутки составил ~4,5, тогда как в группе сравнения – ~6,3 баллов (значительная боль). К 3-м суткам после операции выраженность боли снизилась в обеих группах, но в основной группе она была минимальной (~2 балла против 4 баллов в контроле). Разница сохранялась и на конец первой недели: пациенты основной группы практически не испытывали боли (1 балл или менее), тогда как в группе сравнения сохранялись слабые болевые ощущения (около 2 баллов). График на рис. 1 наглядно иллюстрирует динамику среднего уровня боли в первые 7 дней.

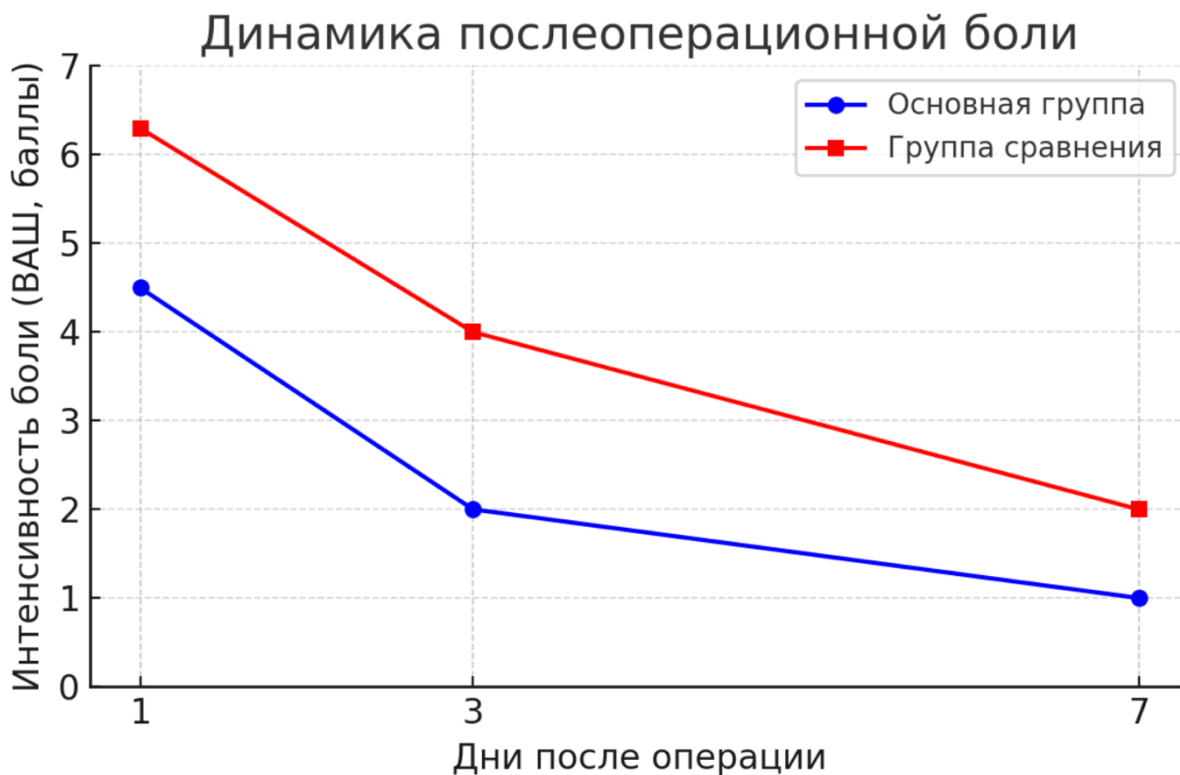


Рис. 1. Динамика послеоперационной боли в основной и контрольной группах (оценка по ВАШ, баллы). Основная группа демонстрирует более быстрое снижение боли в сравнении с группой стандартного лечения

Следует отметить, что в контрольной группе существенно большая доля пациентов столкнулась с сильным болевым синдромом в раннем периоде. По нашим данным, выраженную боль в первые дни отмечали около 45% пациентов основной группы и 60–65% пациентов группы сравнения. Эти цифры коррелируют с объёмом травмы тканей: при стандартной операции обширная раневая поверхность в анальном канале и кожный разрез приводят к более интенсивной боли. Усовершенствованная методика, предусматривающая ушивание слизистой и минимизацию раны, позволила значительно облегчить болевой синдром у большинства больных. Это не только повышает комфорт пациента, но и способствует более быстрому восстановлению – пациенты основной группы ранее возвращались к активной жизни и самообслуживанию. В группе сравнения некоторым больным с выраженной болью требовалось назначение наркотических анальгетиков в первые сутки, тогда как в основной группе удалось ограничиться только

ненаркотическими обезболивающими. Таким образом, новый метод обеспечил явное улучшение в контроле послеоперационной боли, что является одним из ключевых факторов успешной реабилитации.

Скорость заживления послеоперационных ран также оказалась выше при использовании усовершенствованной техники. В основной группе края ран в области удалённых узлов были надёжно сближены и укрыты слизистой, благодаря чему заживление происходило преимущественно первичным натяжением. Средний срок полной эпителизации ран составил около 2 недель (в пределах 14–16 дней). В группе сравнения, несмотря на ушивание ран, у части пациентов отмечалось частичное расхождение швов или замедленное заживление из-за воспаления. В результате средние сроки заживления в контрольной группе были длиннее – около 3 недель (21–23 дня), при колебаниях до 4 недель у некоторых больных. Разница во времени восстановления слизистой статистически значима ($p < 0,01$) и клинически ощутима для пациентов. Быстрое закрытие раневого дефекта снижает риск инфекций и образования грубых рубцов. При стандартной методике, особенно в случаях осложнения инфекцией, раны заживают вторичным натяжением с формированием плотных рубцов, что может приводить впоследствии к стриктурам анального канала. В нашем исследовании ни у одного пациента основной группы не возникло выраженного рубцового сужения заднего прохода, тогда как в группе сравнения у 2 пациентов в отдалённом периоде сформировались умеренно выраженные рубцовые изменения, потребовавшие длительного наблюдения. Таким образом, усовершенствованный метод ускоряет регенерацию тканей и обеспечивает более благоприятное заживление.

Отдельного внимания заслуживают отдалённые результаты и рецидивы. Нами проведено наблюдение за пациентами в течение 12 месяцев после операции. В основной группе за указанный период рецидив геморроя не зарегистрирован (0 случаев из 59). Пациенты придерживались рекомендаций по диете и гигиене, что, в сочетании с радикальностью выполненной операции, обеспечило отсутствие возврата симптомов. В группе сравнения за год наблюдения отмечено 2 случая рецидива ($\approx 3,6\%$): у этих пациентов вновь появились периодические кровотечения и пролабирование геморроидальных узлов, потребовавшие консервативной терапии, а одному из них – повторного хирургического вмешательства. Несмотря на разницу (0% vs 3–5%), статистически значимого различия по уровню рецидивирования между группами не получено (очевидно, ввиду ограниченного срока наблюдения и размера выборки). Тем не менее, тенденция в пользу новой методики прослеживается. Известно, что радикально выполненная геморроидэктомия обычно обеспечивает низкий процент рецидивов в первые годы (около 1–3%), что совпадает с показателями группы сравнения в нашем исследовании. Добавление же этапа дексификации (перевязки и погружения сосудистых ножек) и восстановления слизистой, по всей видимости, позволяет еще более снизить вероятность возврата болезни. Можно ожидать, что при более длительном наблюдении пациенты основной группы будут реже сталкиваться с возобновлением симптоматики геморроя. Косвенно на это указывает и более благополучное состояние анального канала при осмотрах: в основной группе слизистая полностью восстановлена и рубцовых деформаций минимум, тогда как в контроле выявлялись рубцы, которые теоретически могут способствовать застою крови и формированию новых узлов. Графически различия по основным исходам лечения между группами представлены на рис. 2.

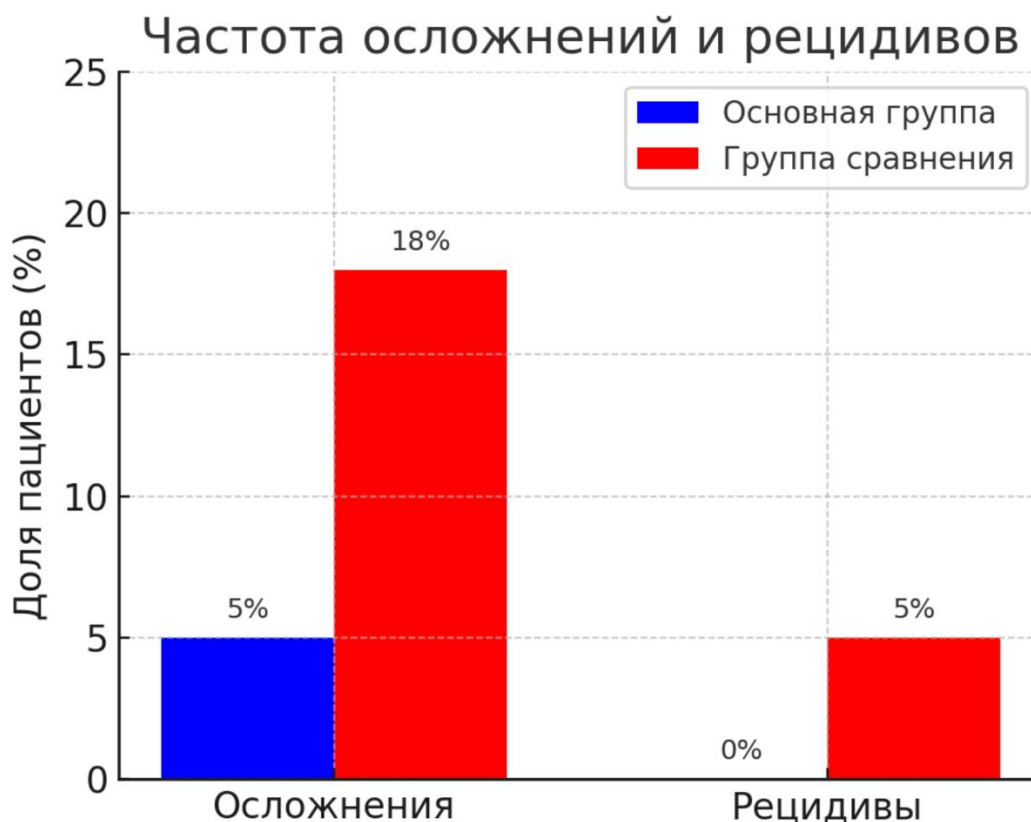


Рис. 2. Сравнение результатов лечения в основной и контрольной группах (в процентах). Синей колонкой показана основная группа, красной – группа сравнения. Видно, что частота послеоперационных осложнений и рецидивов геморроя ниже при применении усовершенствованной методики

Обобщая результаты, можно утверждать, что применение усовершенствованного хирургического подхода позволило достоверно улучшить исходы лечения осложнённого геморроя. Достигнуто значимое снижение частоты осложнений в раннем послеоперационном периоде, пациенты перенесли операцию с существенно меньшим болевым синдромом, а заживление проходило быстрее и с лучшим анатомическим результатом. Пути улучшения традиционной операции, реализованные в новом методе – в частности, восстановление слизистой анального канала и погружение сосудистых пучков – доказали свою эффективность. Отсутствие рецидивов в основной группе в течение года наблюдения свидетельствует о достаточной радикальности и надёжности предложенного способа. Полученные данные соответствуют мировой тенденции совершенствования проктологических операций, направленной на повышение качества жизни пациента при сохранении высокой эффективности лечения.

Выводы

1. Усовершенствованный метод геморроидэктомии при осложнённых формах геморроя обеспечивает лучшие результаты по сравнению со стандартным хирургическим вмешательством. Он позволил снизить частоту послеоперационных осложнений (5% против 18% в контрольной группе) и практически исключить гнойно-воспалительные процессы в зоне раны.
2. Послеоперационный период у пациентов основной группы протекал легче: боли были менее интенсивными и быстрее сходили на нет, что сократило потребность в анальгетиках. Средний балл боли по ВАШ в 1-е сутки был достоверно ниже в основной группе, и динамика показала более быстрое купирование болевого синдрома.

3. Заживление послеоперационных ран шло ускоренными темпами при использовании нового метода. Благодаря восстановлению слизистой анального канала, раны заживали преимущественно первичным натяжением; средний срок эпителизации сократился примерно на неделю по сравнению со стандартной техникой. Это снижает риск формирования грубых рубцов и последующих функциональных нарушений.
4. Отдалённые результаты свидетельствуют о тенденции к снижению рецидивов при использовании усовершенствованной методики. В течение 12 месяцев наблюдения в основной группе не отмечено ни одного рецидива геморроя, тогда как в группе сравнения рецидивы составили около 3–5%. Хотя за год различия статистически не подтверждены, клинически новая тактика выглядит более надёжной в предотвращении возврата болезни.

Литература

1. Altomare D.F., Picciariello A., Sallustio P.L. Long-term outcome of conventional hemorrhoidectomy vs. stapled hemorrhoidopexy: a meta-analysis of randomized controlled trials. // *Colorectal Disease*. – 2020. – Vol. 22, No. 3. – P. 231–242.
2. Bouchard D., Abramowitz L., Castinel A., et al. Randomized controlled trial of stapled hemorrhoidopexy versus conventional hemorrhoidectomy in advanced hemorrhoids (Grade III–IV). // *Diseases of the Colon & Rectum*. – 2018. – Vol. 61, No. 5. – P. 592–599.
3. Pata F., Gallo G., Pellino G. Hemorrhoidal disease: state of the art and future perspectives. // *Updates in Surgery*. – 2021. – Vol. 73, No. 2. – P. 551–559.
4. Guenin M.O., Tournel D., Faucheron J.L. Comparative study of Ferguson's hemorrhoidectomy under spinal anesthesia versus local anesthesia with sedation. // *Techniques in Coloproctology*. – 2019. – Vol. 23, No. 3. – P. 247–253.
5. Rørvik H.D., Refsum A., Braaten B. et al. Randomized clinical trial of stapled versus open hemorrhoidectomy: long-term results. // *British Journal of Surgery*. – 2021. – Vol. 108, No. 2. – P. 170–177.
6. Vernava A.M., Longo S., Cirocchi R. et al. Modern approaches in the surgical treatment of advanced hemorrhoidal disease: evidence-based review. // *International Journal of Colorectal Disease*. – 2022. – Vol. 37, No. 4. – P. 645–653.