

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

Малькави Малик Мохаммад

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ГЕМОРРОЕ

14.01.17. – хирургия

Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор Мадаминов А.М.

Бишкек – 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ	стр.
Список условных сокращений _____	4
Введение _____	5
Глава 1. Обзор литературы _____	11
1.1. Краткие сведения об этиологии, патогенезе и патологической анатомии геморроя _____	11
1.2. К вопросу классификации, клиники, осложнения и диагностики геморроя _____	13
1.3. О методах лечения геморроя _____	18
Глава 2. Материал и методы исследования _____	26
2.1. Общая характеристика клинического материала _____	26
2.2. Методы исследования _____	33
2.3. Диагностика осложнённого геморроя у больных _____	36
2.4. Методы статистической обработки результатов исследования ____	49
Глава 3. Хирургическое лечение осложнённого геморроя у больных контрольной группы _____	50
Глава 4. Хирургическое лечение осложнённого геморроя у больных основной группы _____	64
Глава 5. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения осложнённого геморроя путём традиционной закрытой геморроидэктомии и усовершенствованной методикой _____	82
Заключение _____	89
Выводы _____	96
Практические рекомендации _____	97
Список использованных литературных источников _____	98

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

НГ – Национальный госпиталь

МЗ КР – Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации

А/Д – Артериальное давление

ЧСС – Частота сердечных сокращений

ПТИ – Протромбиновый индекс

ЭКГ – Электрокардиограмма

ЭОС – Электрическая ось сердца

СОЭ – Скорость оседания эритроцитов

КРСУ – Кыргызско-Российский Славянский Университет

КГМА – Кыргызская Государственная Медицинская Академия

МВШМ – Международная Высшая Школа Медицины

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Геморрой является одним из наиболее частых заболеваний человека (8). Геморроем страдает до 10-15% взрослого населения (70, 120). Распространённость геморроя у социально-активного населения трудоспособного возраста колеблется от 130-145 случаев на 1000 взрослого населения. По данным разных авторов удельный вес геморроя в структуре колопроктологической патологии варьирует от 34 до 41% (16, 139, 158).

Эта патология одинаково часто встречается у мужчин и женщин (92, 103). Наиболее частыми осложнениями геморроя являются: непрекращающееся кровотечение из анального канала, приводящее к анемии; постоянное выпадение внутренних геморроидальных узлов со слизистой оболочкой прямой кишки; тромбоз геморроидальных узлов с распространением воспалительного процесса на дистальную часть анального канала и ткани перианальной области. Так у 23-58 % больных наблюдается прямокишечное кровотечение алой кровью от мелких капель и прожилок до чрезвычайно обильных (3, 22, 114). Кровотечения наблюдающиеся при каждой дефекации в течении длительного времени в 6-23 % случаев приводят к возникновению гипохромной анемии (4, 64). У 1-9 % больных геморроем наблюдается обильное, профузное кровотечение, которое может вызвать кровопотерю различной степени тяжести (2, 52). У 39-44 % больных геморроем отмечается выпадение внутренних геморроидальных узлов (75). Когда выпавшие внутренние узлы постоянно находятся снаружи, их обратное вправление невозможно даже с применением ручного пособия. Длительное выпадение внутренних геморроидальных узлов приводит к выпадению слизистой анального канала, к недостаточности анального сфинктера и недержанию газов (46, 56).

Из всех осложнений геморроя на первом месте по частоте и тяжести страдания стоит острый тромбоз геморроидальных узлов. Это осложнение

встречается от 22 до 90% больных геморроем. Причём в 70-80% наблюдений острый тромбоз геморроидальных узлов осложняется их воспалением с переходом на подкожную клетчатку и перианальную область (16). При осложненных формах геморроя единственно радикальным методом лечения остается хирургический. В настоящее время из хирургических методов лечения геморроя применяют закрытую геморроидэктомию, открытую геморроидэктомию, операцию Лонго, геморроидэктомию аппаратами LigaSure, UltraCision (6, 26, 136, 137, 140, 160).

Широкое внедрение геморроидэктомии в клиническую практику вызвало ряд проблем. Независимо от метода хирургического вмешательства после геморроидэктомии у 34-41% больных возникает выраженный болевой синдром (32, 144), требующий неоднократного применения наркотических анальгетиков, у 15-24% - дизурические явления (54, 161), приводящие к необходимости длительной медикаментозной стимуляции и катетеризации мочевого пузыря, у 2-10% - кровотечения (20, 91, 93). Гнойно-воспалительные осложнения возникают у 2-3% оперированных больных (47, 80). В отдаленные сроки у 6-9% оперированных пациентов формируются стриктуры анального канала (24, 70, 156), а у 1,8-4% выявляется недостаточность анального сфинктера (32, 118). Средний срок реабилитации после геморроидэктомии составляет не менее 4 недель (41, 100). Несмотря на то, что геморроидэктомию расценивается большинством хирургов как радикальный способ лечения геморроя, в течении 2-3 лет после хирургического вмешательства рецидив заболевания отмечается в 1-3% наблюдений, спустя 10-12 лет – у 8,3% больных (30, 48).

Исходя из вышеизложенного, а так же учитывая, что геморрой – одно из наиболее распространённых заболеваний человека, определение преимуществ того или иного хирургического вмешательства при осложнённых формах этого заболевания представляет собой актуальную научную и практическую задачу. В связи с этим совершенствование

технологии геморроидэктомии, основной задачей которой является снижение количества ранних и поздних осложнений, до сегодняшнего дня остаётся актуальным.

Связь темы диссертации с планом основных научных работ.

Диссертационная работа выполнена на основании научно-исследовательских планов кафедры общей и факультетской хирургии КРСУ.

Цель работы: Улучшить результаты хирургического лечения осложнённых форм геморроя.

Задачи исследования:

1. Разработать и внедрить в клиническую практику усовершенствованную методику геморроидэктомии при осложненных формах геморроя.
2. Выявить показания к применению усовершенствованной методики геморроидэктомии.
3. Определить сроки проведения оперативного вмешательства при осложнённых формах геморроя.
4. На основе сравнительного анализа результатов двух способов хирургического лечения осложненных форм геморроя определить эффективность применения усовершенствованной методики геморроидэктомии.

Научная новизна:

1. Впервые в Кыргызской Республике предложена, научно обоснована и внедрена в клиническую практику усовершенствованная методика геморроидэктомии при осложненных формах геморроя.
2. На основании изучения и анализа клинического материала выявлены показания к применению усовершенствованной методики геморроидэктомии при осложненных формах геморроя.

3. Определены сроки проведения оперативного вмешательства при осложненных формах геморроя.
4. Сравнительный анализ ближайших и отдалённых результатов усовершенствованной методики геморроидэктомии показал, что при применении такой методики оперативного вмешательства значительно снижается процент осложнений в ближайшем послеоперационном и в отдалённом периодах.

Практическая значимость работы:

1. Разработанная и внедренная в клиническую практику усовершенствованная методика геморроидэктомии при осложненных формах геморроя способствовала улучшению результатов лечения.
2. Вследствие погружения культей сосудистых ножек внутренних геморроидальных узлов в подслизистый слой во время операции снизился риск развития кровотечения в раннем послеоперационном периоде.
3. При осложненных формах геморроя следует осуществлять геморроидэктомию в ближайшие дни после госпитализации больного в стационар (1-2 сутки), это приводит к сокращению сроков реабилитации пациентов.
4. Предложенная хирургическая тактика лечения осложненных форм геморроя позволяет сократить сроки временной нетрудоспособности, уменьшить число послеоперационных осложнений.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Разработанная и внедренная в клиническую практику усовершенствованная методика геморроидэктомии позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения осложненных форм геморроя.

2. Хирургическое лечение осложненных форм геморроя следует осуществлять в 1-2 сутки после госпитализации больного в стационар.
3. Для осуществления срочной радикальной геморроидэктомии при осложненном анемией геморрое следует поднять уровень гемоглобина до 90 г/л и более, а при тромбозе геморроидальных узлов сроки от начала заболевания не должны превышать 72 часа. В остальных случаях хирургическое вмешательство осуществляется в плановом порядке.
4. Преимущества предложенной усовершенствованной методики геморроидэктомии при осложненных формах геморроя.

Экономическая значимость полученных результатов: Применение в клинической практике результатов проведенных исследований за счёт определения хирургической тактики лечения больных с осложненным геморроем, уменьшение сроков временной нетрудоспособности, снижение количество осложнений в ближайшем послеоперационном и в отдаленном периодах даёт экономический эффект.

Личный вклад соискателя включает анализ литературных данных, разработку и внедрение в клиническую практику усовершенствованной методики геморроидэктомии, осуществление большинства методов клинического обследования, наблюдение за больными в ближайшие и отдаленные сроки после геморроидэктомии, анализ и обобщение полученных данных в результате исследования.

Апробация результатов исследования:

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: Республиканской научной конференции профессорско-преподавательского состава медицинского факультета Кыргызско-Российского Славянского Университета (г.Бишкек, 2017 г.); межкафедральном совещании сотрудников кафедр общей и факультетской

хирургии КРСУ, госпитальной хирургии КРСУ, пропедевтической хирургии Кыргызской Государственной Медицинской Академии, хирургических болезней Международной Высшей Школы Медицины и сотрудников хирургических отделений Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (г.Бишкек, 2018 г.); заседании экспертной комиссии Диссертационного совета по хирургии, онкологии и сердечно-сосудистой хирургии КРСУ (г.Бишкек, 2018 г.).

Внедрение результатов исследования:

Результаты данного исследования внедрены в клиническую практику отделения проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, что подтверждено актами о внедрении. Основные положения данной работы включены в программы подготовки студентов старших курсов, клинических ординаторов на кафедре общей и факультетской хирургии КРСУ по темам: «Заболевания прямой кишки», «Геморрой».

Публикации по теме диссертации: опубликовано 7 научных статей, в том числе 5 статей в рецензируемом журнале (перечень ВАК).

Структура и объём диссертации:

Диссертационная работа изложена на 121 странице компьютерного набора на русском языке. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Диссертационная работа иллюстрирована 16 таблицами и 16 рисунками. Библиография включает 193 источника, из них 97 авторов дальнего зарубежья и 96 отечественных авторов, а также авторов ближнего зарубежья.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Краткие сведения об этиологии, патогенезе и патологической анатомии геморроя.

Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека и наиболее частой причиной обращения к врачу-колопроктологу. Геморрой среди заболеваний прямой кишки занимает первое место. Термин «Геморрой» встречается, начиная с трудов Гиппократов, и в переводе с греческого языка на русский означает кровотечение, отражая лишь наиболее яркий симптом этого заболевания (цит. по Аминеву А.М., 1971) (1). Большинство авторов считают, что распространённость геморроя достигает 130-145 случаев на 1000 взрослого населения (8, 16, 18, 139). Геморроем одинаково часто болеют мужчины и женщины (92, 103, 124).

Для объяснения возникновения геморроя у человека в течении тысячелетий существовал целый ряд теорий. Одни авторы считали причиной геморроя врождённую недостаточность венозной системы (1), а другие авторы утверждали, что геморрой возникает в результате застоя крови в венах прямой кишки, нарушения оттока по венозным стволам, проходящим через мышцы анального сфинктера (1).

Имелись тенденции, объясняющие возникновение геморроя влиянием запора, малоактивным образом жизни, характером трудовой деятельности, беременностью, злоупотреблением алкоголя, приёмом острой пищи, воспалением геморроидальных вен, колитом (1). Ещё известны нейрогенная, эндокринная, аллергическая и другие теории. Все эти теории пытались объяснить развитие геморроя изменениями только венозной системы (1). Учитывая, что характерным клиническим признаком геморроя является выделение яркой алой крови, то невозможно это объяснить с позиции патологии венозной ткани (34). Объяснение этому факту удалось найти лишь при изучении патологической анатомии геморроидальных узлов (34).

В 1912 году Старков А.В., производя анатомические исследования, обратил внимание на то, что в геморроидальных сплетениях в подслизистом слое образуются озерца, которые связаны с артериальными и венозными сосудами (цит. по Фёдорову В.Д. и Дульцеву Ю.В., 1984) (84). В дальнейшем, в 1963 году F.C.Stelzner (178) описал сосудистые тельца, расположенные в подслизистом слое дистальной части прямой кишки и связанные с системой верхней прямокишечной артерии. В дальнейшем, работами Капуллера Л.Л. и Ривкина В.Л. (35) доказано, что геморроидальный узел представляет собой гиперпластическое изменение кавернозной ткани прямой кишки, обусловленное усиленным притоком артериальной крови в кавернозные тельца по улитковым артериям и затруднённым оттоком её по отводящим венам. Улитковые артерии, расположенные в стенках кавернозных вен и трабекулах кавернозных лакун, впадают в кавернозные тельца, не распадаясь на капилляры (34, 35). Наличие кавернозной ткани прямой кишки является нормальным состоянием. Она закладывается на 7-8-ой неделе эмбрионального развития в дистальном отделе прямой кишки в подслизистом слое на уровне столбов Морганьи и под кожей в области заднепроходного отверстия (34, 35). В 2/3 случаев кавернозные тельца образуют группы, локализующиеся на 3, 7 и 11 «часах по условному циферблату» в положении тела человека на спине, соответственно расположению сосудов. В 1/3 случаев кавернозные тельца располагаются диффузно, не образуя групп. Зрелая кавернозная ткань представлена сообщающимися между собой лакунами и отдельными сосудами венозного типа со складчатými стенками, что позволяет ей легко менять объём (20, 34, 35, 53, 96). Наружные геморроидальные узлы образуются из венозно-артериального сплетения нижних геморроидальных сосудов, равномерно располагающихся под перианальной кожей вокруг заднего прохода (21, 34, 35, 53, 90). В связи с этим отсутствует чёткая локализация наружных геморроидальных узлов. Между внутренними и наружными

геморроидальными узлами находится фиброзная перемычка, разделяющая их (34, 35, 53, 90).

Таким образом, геморрой возникает из кавернозных образований, расположенных в дистальной части прямой кишки в связи с дисфункцией сосудов, обеспечивающих приток артериальной крови по улитковым артериям и отток крови по отводящим венам.

1.2. К вопросу классификации, клиники, осложнений и диагностики геморроя.

В различные периоды человеческого развития предлагались классификации геморроя по внешнему виду, по этиологическому признаку, по выраженности выпадения узлов, по их числу и размеру, по степени тяжести, по клинической форме (1). Эти классификации не соответствуют патогенезу геморроя (16, 92, 182).

Мы в своей работе опираемся на классификацию геморроя, предложенную сотрудниками ГНЦ Колопроктологии МЗ РФ (16).

1. Геморрой по течению делится на хронический и острый.
2. По форме различают внутренний, наружный и комбинированный геморрой.

Хронический геморрой подразделяется на четыре стадии. При первой стадии хронического геморроя отмечается выделение крови из заднего прохода. Во второй стадии хронического геморроя наблюдается выпадение внутренних узлов во время дефекации с самостоятельным вправлением их в анальный канал после дефекации, при этом кровотечение может быть или не быть. При третьей стадии хронического геморроя внутренние узлы выпадают кнаружи при дефекации, что требует ручного вправления их в анальный канал после дефекации, в этой стадии также может быть кровотечение. Четвёртая стадия хронического геморроя характеризуется постоянным

выпадением геморроидальных узлов вместе со слизистой оболочкой анального канала с кровотечением или без него (16).

В отличие от многих заболеваний на фоне хронического геморроя может развиваться острый геморрой. Различают три степени острого геморроя по выраженности тромбоза и воспаления. При первой степени отмечается тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительной реакции. Во второй степени острого геморроя наблюдается тромбоз геморроидальных узлов с воспалительной реакцией. При третьей степени наступает распространённый тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки, отёком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки геморроидальных узлов (16, 84, 134).

Такая классификация соответствует патогенезу геморроя, удобна в практической работе (16). Геморрой начинается с периода предвестников (16, 84). Наиболее характерными жалобами в это время являются неприятные ощущения в области заднего прохода, лёгкий зуд, некоторые затруднения во время дефекации (16, 37, 38). Этот период может продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет (16, 84). В последующем появляются кровотечения во время дефекации, интенсивность которых может быть различной – от следов крови на каловых массах до массивных кровотечений (4, 18, 31, 60).

По данным многих авторов больные с небольшими потерями крови в течении длительного времени составляют 30-34 % (51, 52). Периодическое выделение крови обычно не отражается на общем состоянии больных в связи с наличием компенсаторно-приспособительных механизмов (25, 64). Такая потеря крови не ведёт к снижению уровня гемоглобина. Если кровотечение носит персистирующий характер, возникающий при каждой дефекации, в течении довольно длительного времени у 8,9-9 % больных приводит к развитию гипохромной анемии (64, 80, 81).

Уровень гемоглобина у мужчин в норме составляет 132-164 г/л, а у женщин – 115-145 г/л. По рекомендации ВОЗ об анемии можно говорить при уменьшении концентрации гемоглобина у взрослых ниже 110 г/л. В зависимости от уровня гемоглобина выделяют три степени тяжести анемии (4, 25, 80). Лёгкая степень тяжести анемии характеризуется уровнем гемоглобина от 110 до 91 г/л. При средней тяжести анемии гемоглобин снижается до 90-71 г/л. Для тяжёлой степени анемии характерно уменьшение гемоглобина ниже 70 г/л. Тяжёлая степень анемии среди больных геморроем выявляется в 6-9 % случаев (2, 4, 25).

К возникновению и усилению кровотечения из геморроидальных узлов способствуют погрешности в диете (приём острой, солёной пищи, алкоголя), запоры, тяжёлый физический труд, малоподвижный образ жизни, сильное натуживание при дефекации (1, 14, 16, 38, 41).

По данным многих авторов на фоне длительных персистирующих или незначительных кровотечений из геморроидальных узлов в 2-9 % случаев могут возникнуть профузные кровотечения (2, 3, 15, 33, 52). По мнению ряда авторов профузные геморроидальные кровотечения возникают в связи с истончением стенок внутренних геморроидальных узлов, большей ранимостью этих узлов у больных, страдающих геморроем в течении длительного времени (2, 3, 16, 57). Постоянные кровотечения из геморроидальных узлов приводят к развитию хронической постгеморрагической анемии, а дефицит железа при этом превращает анемию в железодефицитную (4, 15, 33, 64). Это является одним из осложнений геморроя (2, 3, 22, 51, 56). Следующим симптомом геморроя является выпадение внутренних геморроидальных узлов (16, 18, 84).

С увеличением продолжительности заболевания характерным признаком геморроя становится увеличение размеров геморроидальных узлов. При этом фиброзно-мышечная ткань, формирующая и удерживающая в анальном канале геморроидальные узлы, под воздействием неблагоприятных факторов

имеет тенденцию терять свою эластичность. Этот процесс дистрофии приводит к ослаблению механизмов фиксации геморроидальных узлов к мышечным волокнам, расположенным в подслизистом пространстве анального канала. Потеря эластичности поддерживающих мышц приводит к увеличению подвижности геморроидальных узлов, они начинают сдвигаться к анальному каналу. В поздних стадиях хронического геморроя происходит растяжение и уменьшение эластичности мышц Трейца и связки Паркса. В результате этих дистрофических процессов внутренние геморроидальные узлы начинают постоянно выпадать из заднего прохода (16, 18, 37, 38, 56, 60). Выпадение геморроидальных узлов как основное проявление болезни наблюдается у 39-44 % пациентов (16, 18, 36, 68). По мере увеличения длительности заболевания число больных с выпадением геморроидальных узлов в два раза превышает число пациентов с кровотечением из заднего прохода (16, 40, 69, 70). Постоянное и длительное выпадение внутренних геморроидальных узлов со слизистой оболочкой прямой кишки приводящее к недостаточности анального сфинктера является ещё одним из осложнений геморроя (22, 56).

Для вышеуказанных форм осложненного хронического геморроя болевой синдром не характерен, но при обострении болезни, при тромбозе геморроидальных узлов, появляется боль в области заднего прохода (16, 33, 60). Так следующим осложнением данного заболевания является тромбоз геморроидальных узлов с воспалением окружающих тканей с некрозом слизистой оболочки геморроидальных узлов, иногда с развитием острого парапроктита (22, 56).

К этиологическим факторам развития острого геморроя относятся резкое повышение внутрибрюшного давления (длительный запор, тяжелая физическая нагрузка, беременность), травма перианальной области, переохлаждение. Патогенез тромбоза геморроидальных узлов заключается в травматизации внутренней стенки геморроидального узла и застоя крови в

кавернозных тельцах прямой кишки. В месте травмы происходит лейкоцитарная инфильтрация с агрегацией тромбоцитов и выпадением фибрина, с последующим образованием тромба, заполняющего просвет узла. При таком течении процесса боль в области заднего прохода становится постоянным (16, 56, 84).

Для постановки диагноза больных осматривают в коленно-локтевом положении или на гинекологическом кресле, в положении на спине с максимально приведенными к животу ногами. При осторожном разведении краёв заднего прохода тонус анального сфинктера ослабляется и при этом удаётся осмотреть стенки заднепроходного канала (1, 16, 18). Геморроидальные узлы определяются в виде выбухающих в просвет анального канала образований синюшного цвета, мягко-эластической консистенции, покрытых слизистой оболочкой (37, 38). Проведение пальцевого исследования прямой кишки и ректороманоскопии является обязательным, но при тромбозе геморроидальных узлов, из-за боли, эти манипуляции не всегда удастся осуществить (56, 60).

При пальцевом исследовании прямой кишки можно установить наличие внутренних геморроидальных узлов, определить тонус анального сфинктера, выявить сопутствующие проктологические заболевания. При натуживании выпадающие внутренние геморроидальные узлы отчётливо пролабируют из заднего прохода (56, 69). Во время ректороманоскопии определяют состояние слизистой оболочки прямой кишки, сопутствующие заболевания, в том числе проявляющиеся кровотечениями (16, 68).

В тех случаях, когда имеется подозрение на патологические изменения вышележащих отделов ободочной кишки пациентам осуществляются ирригоскопия и колоноскопия (16, 70, 129). Для определения функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки осуществляют сфинктерометрию (1, 84).

Многие авторы отмечают, что в первых трёх стадиях хронического геморроя тонус внутреннего сфинктера повышается, а при четвёртой стадии снижается (16, 18, 37, 38, 60, 70).

Таким образом, классификация геморроя, основанная на его патогенезе, даёт врачу-колопроктологу возможность в клинической практике, в зависимости от стадии заболевания и степени выраженности клинических проявлений, а так же достоверности диагностики, определить показания к тому или иному способу лечения.

1.3. О методах лечения геморроя.

В настоящее время все методы лечения геморроя делятся на консервативные, малоинвазивные и хирургические (16, 104, 108, 122). Консервативному лечению подлежит хронический геморрой в начальных стадиях и острое течение заболевания (9, 29, 77, 88). Такое лечение включает регуляцию акта дефекации и консистенции кала путём назначения соответствующей диеты, содержащей продукты, обладающие послабляющим действием, а также овощи и фрукты (56, 69). Необходимо соблюдение гигиенического режима, использование восходящего душа или обмывание области заднего прохода после дефекации (22, 70). Следует отказаться от приёма острой пищи и алкоголя (22, 70).

Для общего лечения при геморрое применяют флеботропные препараты, влияющие на повышение тонуса вен, улучшение микроциркуляции в кавернозных тельцах и нормализацию в них кровотока (27, 29, 61, 88).

С этой целью наиболее часто применяют детралекс, флебодиа 600 (56, 70, 121). При проведении местного лечения необходимо учитывать острый геморрой или кровотечение из геморроидальных узлов (56, 70). Во время лечения острого геморроя назначают препараты, устраняющие болевой синдром и антикоагулянты местного действия (16, 56).

Для снятия болевого синдрома назначают ненаркотические анальгетики и местные комбинированные обезболивающие средства. Применяют гепатромбин Г, нигепан, тромблесс, проктоседил, проктогливенол, гепариновая мазь, гель троксевазин, анальгин, баралгин, пенталгин, солподеин, кетонал и т.д. (16, 56). При присоединении к острому геморрою воспаления применяют мази левомеколь, левосин, мафинил (16, 56).

При кровотечении из геморроидальных узлов необходимо оценить величину кровопотери, его активность и выраженность постгеморрагической анемии. Если кровотечение не прекращается в течение одного часа, то это является признаком острого процесса (16, 56).

Для устранения кровотечения назначают свечи, содержащие адреналин. Кроме того, применяют местные гемостатические препараты – адроксон, тахокомб, спонгостан и т.д. (16, 56). Одновременно проводят и общую гемостатическую терапию. Назначают дицинон, этамзилат натрия, аминокaproновую кислоту. При необходимости переливают свежезамороженную плазму, эритроцитарную массу (16, 37, 56). Консервативное лечение острого и хронического геморроя в большинстве случаев даёт хороший эффект (16, 56). В тех случаях, когда консервативное лечение оказывается неэффективным применяют малоинвазивные методы лечения хронического геморроя (16, 56, 70).

В связи с развитием новых технологий в медицинской промышленности, созданием новых препаратов, в последние года большое распространение получили малоинвазивные методы лечения геморроя (16, 56, 151, 152). Из малоинвазивных методов лечения применяют: фотокоагуляцию (97), склеротерапию (8, 42, 43, 58, 78, 116, 150, 168, 185, 192), лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами (79, 82, 119, 143, 162, 173), электрокоагуляцию (10, 65), криодеструкцию (110), шовное лигирование геморроидальных сосудов под контролем ультразвуковой доплерометрии

(23, 66, 79, 82, 95, 97, 123, 126, 138, 155, 163), дезартеризацию геморроидальных узлов с мукопексией (27, 28, 83, 127, 186, 190).

Следует отметить, что малоинвазивные способы применимы только для лечения внутренних геморроидальных узлов, когда отсутствуют воспалительные заболевания анального канала и промежности (16, 56, 84). Малоинвазивные способы лечения в большинстве стран Америки и Европы применяют у 80 % больных хроническим геморроем, а в России такие методики лечения используют только у 3 % пациентов (70). По данным разных авторов из малоинвазивных методик в 38-82 % случаев используют лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, в 11-47 % случаев применяют склеротерапию, а в 3-5 % случаев осуществляют инфракрасную фотокоагуляцию и электрокоагуляцию геморроидальных узлов (16, 67).

За последние годы многие врачи-колопроктологи широко стали внедрять в клиническую практику шовное лигирование геморроидальных сосудов под контролем ультразвуковой доплерометрии (23, 27, 28, 66, 79, 83, 95). Инфракрасную фотокоагуляцию внутренних геморроидальных узлов в 1978 году предложил A.Neiger (146). Принцип действия этой методики заключается в коагуляции ножки геморроидального узла, происходящей под действием теплового потока, создаваемого инфракрасным сфокусированным лучом, направленным через световод к геморроидальному узлу (16, 146). Инфракрасная фотокоагуляция показана при внутреннем кровоточащем геморрое I-II стадии (16, 98, 146).

Склерозирующую терапию применяют многие врачи-колопроктологи (7, 8, 42, 43, 58, 78). Для склеротерапии в настоящее время используют этоксисклерол, фибровейн. Среди врачей-колопроктологов получило широкое распространение лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами. В 1963 году J.Barron (101) разработал и создал механическое устройство, которым на ножку геморроидального узла набрасывают

циркулярную лигатуру из специальной латексной резины. После сдавливания ножки и прекращения притока крови к узлу он отторгается вместе с лигатурой на 11-14 день после манипуляции (39, 79, 82, 101, 135).

В 1996 году японский врач К. Morinaga (145) предложил шовное лигирование геморроидальных сосудов под контролем ультразвуковой доплерометрии. При помощи этой методики чётко локализуются терминальные ветви геморроидальных артерий в подслизистом слое прямой кишки, перевязать их, тем самым прекратить поступление артериальной крови к геморроидальным узлам. Кроме того, при этой методике геморроидальные узлы фиксируются в прямой кишке (27, 28, 83, 106, 107, 109, 115, 117).

Большинство авторов для лечения геморроя применяют комбинацию малоинвазивных методик (43, 67, 125). В тех случаях, когда малоинвазивные методы лечения оказываются неэффективными при поздних стадиях геморроя, тромбозе геморроидальных узлов, при геморроидальных кровотечениях, при сочетании геморроя с анальной трещиной, параректальными свищами – единственным методом радикального лечения остаётся хирургическое вмешательство в объёме геморроидэктомии (41, 50, 62, 63, 71, 72, 73, 74, 76, 91, 93, 181).

На сегодняшний день в странах ближнего зарубежья геморроидэктомия осуществляется у 75-79 % больных (15, 16). Геморроидэктомия в странах дальнего зарубежья производится у 18-20 % пациентов с геморроем (16, 56).

В настоящее время все методики хирургического лечения геморроя разделяют на три группы (16, 56). К первой группе, наиболее распространённой во всём мире, относятся операции, направленные на иссечение трёх основных коллекторов кавернозной ткани прямой кишки, являющихся геморроидальными узлами. Такая операция в 1937 году предложена Е. Milligan, G. Morgan (цит. по Воробьеву Г.И. с соавт., 2010) (16). Эта операция заключается в иссечении трёх геморроидальных узлов снаружи

внутри и перевязка их ножек на 3-7-11-ти часах «по условному циферблату» с оставлением ран открытыми. По мере накопления опыта геморроидэктомия по Миллигану-Моргану претерпела ряд изменений. Модификация вышеуказанной операции, разработанная в ГНЦ колопроктологии МЗ РФ заключается в частичном (первая модификация) или полном ушивании ран анального канала (вторая модификация) (84).

В настоящее время широко применяют различные модификации операции Миллигана-Моргана (открытая и закрытая геморроидэктомия) (11, 70, 85, 130, 154, 166, 167, 169, 170, 191, 193).

Ко второй группе относятся так называемые пластические операции. Такую операцию в 1956 году предложил Parks A. (148) и назвал её подслизистой геморроидэктомией (цит. по Воробьеву Г.И. с соавт., 2010) (16). Суть операции заключается в том, что после гидравлической препаровки геморроидальные узлы на 3-7-11-ти часах «по условному циферблату» острым путём выделяют из подслизистого слоя, в этом слое перевязывают культы геморроидальных узлов, узлы отсекают, а культы узлов погружают обратно в подслизистый слой. Раны слизистой оболочки анального канала ушивают рассасывающимися швами (16, 179).

К третьей группе операций относят операцию, предложенную в 1882 году W.Whithead (цит. по Аминева А.М., 1971) (1). Данная операция заключается в циркулярном иссечении слизистой оболочки прямой кишки вместе с геморроидальными узлами, в низведении слизистой и подшивании её к анальному каналу отдельными швами по всей окружности кишки (1, 84). До сегодняшнего дня есть сообщения о модификации этой операции (99, 105). За последние годы стали применять операцию, предложенную в 1998 году A.Longo (140). Эта операция заключается в резекции участка слизистой оболочки нижеампулярного отдела прямой кишки с помощью циркулярного сшивающего аппарата на расстоянии не менее 2-4 см от зубчатой линии. При этом геморроидальные узлы не удаляются, восстанавливается анатомо-

топографическое расположение внутренних узлов по отношению к анальным сфинктерам из-за их подтягивания вверх, прекращается поступление артериальной крови к кавернозным образованиям вследствие пересечения конечных ветвей верхней геморроидальной артерии (13, 17, 49, 59, 87, 111, 112, 113, 131, 171, 174, 175, 176). В последние годы стали осуществлять геморроидэктомию аппаратами LigaSure, UltraCision и другие (12, 26, 44, 45, 55, 86, 102, 136, 137, 147, 151, 160, 180, 183, 184). Для хирургического лечения хронического геморроя, осложненного анемией, постоянным и длительным выпадением геморроидальных узлов, а также тромбированного геморроя предлагается в основном применять закрытую геморроидэктомию (15, 22, 75).

Но до сегодняшнего дня мнения разных авторов расходятся при определении тактики лечения больных геморроем, осложнённом анемией (2, 3, 4, 25, 51, 52, 64, 80, 84). Некоторые авторы предлагают одномоментную операцию в объёме геморроидэктомии во время кровотечения из геморроидальных узлов (1, 38).

Так Мадаминов А.М. и соавторы (51) предлагают больных с геморроидальными кровотечениями радикально оперировать в срочном порядке на следующий день после поступления в стационар, подняв уровень гемоглобина выше 90 г/л.

Часть авторов рекомендуют больных с геморроидальными кровотечениями в течении нескольких дней подготовить к операции путём проведения гемотрансфузии и гемостатической терапии, только потом оперировать (64, 68).

Джалашев Я.Х. и Пасечник А.М. (25) указывают, что больным с геморроидальными кровотечениями и анемией надо в течении 1-3 дней проводить переливание эритроцитарной массы и гемостатическую терапию, потом осуществлять геморроидэктомию.

Одни авторы рекомендуют сперва остановить кровотечение малоинвазивными методами (4), а другие предлагают в экстренном порядке осуществлять прошивание кровоточащих геморроидальных узлов (80, 81). Все эти авторы рекомендуют после остановки кровотечения поднять уровень гемоглобина до 90-100 г/л и более, потом осуществлять радикальную операцию – геморроидэктомию (4, 80, 81).

Ан В.К. и соавторы (2, 3) считают, что при кровотечении из геморроидальных узлов перевязка кровоточащих внутренних узлов без их иссечения является достаточной.

А при хроническом геморрое, осложнённом длительным выпадением геморроидальных узлов, особенно у лиц пожилого возраста, приводящее к недостаточности анального сфинктера и недержанию газов авторы предлагают осуществлять закрытую геморроидэктомию в плановом порядке (16, 19, 70, 89), а при выпадении внутренних геморроидальных узлов со слизистой прямой кишки операцию Лонго (87, 128, 132, 133, 141, 142, 149, 159, 164, 165, 172, 177, 187, 188, 189). В тех случаях, когда наблюдается тромбоз геморроидальных узлов с распространением воспалительного процесса на дистальную часть анального канала и ткани перианальной области, сроком заболевания свыше 72 часов, авторы рекомендуют осуществлять геморроидэктомию в условиях стационара после проведенного комплексного консервативного лечения, а если сроки от начала заболевания не превышают 48-72 часов, то сразу же осуществлять хирургическое лечение (16, 22, 56, 157, 158).

Таким образом, в литературе до сих пор встречаются различные мнения в отношении тактики лечения больных геморроем, осложнённым кровотечением и анемией. Мнения авторов расходятся при решении вопроса когда и каким методом надо остановить кровотечение, каким способом следует лечить анемию. Каким путём уменьшить кровопотерю во время радикальной операции в литературе не упоминается вообще.

При геморрое, осложнённом постоянным и длительным выпадением геморроидальных узлов и слизистой прямой кишки авторы рекомендуют осуществлять закрытую геморроидэктомию или операцию Лонго. А при тромбозе геморроидальных узлов авторы считают, что хирургическое вмешательство следует осуществлять в течение 48-72 часов от начала заболевания, а в случае, когда сроки от начала заболевания превышают 72 часа показана консервативная терапия, направленная на купирование болевого синдрома и воспалительного процесса с последующим плановым оперативным лечением.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика клинического материала.

Данная диссертационная работа основана на результатах обследования и хирургического лечения 694 больных с осложнёнными формами геморроя, находившихся в проктологическом отделении Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики за 2015-2017 годы.

Проктологическое отделение кроме оказания плановой медицинской помощи осуществляет круглосуточное дежурство по неотложной проктологии. Так за последние три года в отделении проктологии НГ при МЗ КР на стационарном лечении находились 1584 больных с различными формами геморроя. Из 1584 больных 694 (43,8%) пациента были с осложнёнными формами геморроя. Эти 694 пациента послужили материалом данного исследования. Они были разделены на две исследуемые группы в зависимости от применявшихся методов хирургического вмешательства. Эффективность проведенного лечения определена путём проведения сравнительной оценки между этими двумя исследуемыми группами.

В основную группу были включены 354 (51%) больных с осложнёнными формами геморроя, оперированных по предложенной нами усовершенствованной методике. В контрольную группу вошли 340 (49%) пациентов с осложнёнными формами геморроя, которые были оперированы по традиционной методике закрытой геморроидэктомии. Возраст больных, поступивших на стационарное лечение колебался от 17 до 85 лет (Таблица 1).

Как видно из таблицы 1, среди больных с осложнёнными формами геморроя лиц мужского пола было 438 (63,1%), а женского пола 256 (36,9%). Причём осложнённые формы геморроя встречались чаще у больных наиболее трудоспособного возраста, т.е. от 21 до 60 лет, их было 653 (94,1%) человека.

Таблица 1– Распределение больных с осложнёнными формами геморроя по полу и возрасту.

Пол	Возраст												Всего больных	
	до 20 лет		21-30 лет		31-40 лет		41-50 лет		51-60 лет		61 год и старше			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Муж	3	0,4	53	7,7	141	20, 3	134	19, 3	80	11, 5	27	3,9	438	63,1
Жен.	2	0,3	34	4,8	67	9,7	94	13, 6	50	7,3	9	1,2	256	36,9
Ито- го	5	0,7	87	12, 5	208	30, 0	228	32, 9	130	18, 8	36	5,1	694	100, 0

Из 694 больных у 256 (36,9%) пациентов был хронический геморрой, осложнённый кровотечением и постгеморрагической анемией, у 224 (32,4%) человек был хронический геморрой IV стадии с постоянным выпадением внутренних узлов вместе со слизистой оболочкой прямой кишки, у 214 (30,7%) – был тромбированный геморрой III степени тяжести (Таблица 2).

Таблица 2–Распределение больных геморроем в зависимости от вида осложнений.

Вид осложнения геморроя	Исследуемые группы				Всего	
	основная группа		контрольная группа			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронический геморрой, осложнённый кровотечением и постгеморрагической анемией	125	35,5	131	38,5	256	36,9

Хронический геморрой IV стадии с выпадением внутренних узлов и слизистой оболочки прямой кишки	115	32,3	109	32,1	224	32,4
Тромбированный геморрой III степени тяжести	114	32,2	100	29,4	214	30,7
Итого	354	51,0	340	49,0	694	100,0

В связи с тем, что больные были с осложнёнными формами геморроя, изучение сроков поступления больных на стационарное лечение проводилось в зависимости от вида осложнения (Таблица 3, 4).

Таблица 3—Длительность заболевания у больных с хроническим геморроем, осложнённым кровотечением и постгеморрагической анемией.

Пол	до 2 лет		до 4 лет		до 6 лет		до 8 лет		до 10 лет и более		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Муж.	4	1,6	12	4,7	24	9,4	62	24,2	35	13,6	137	53,5
Жен.	3	1,1	9	3,4	19	7,4	57	22,3	31	12,3	119	46,5
Итого	7	2,7	21	8,1	43	16,8	119	46,5	66	25,9	256	100,0

Из этой таблицы видно, что 228 (89 %) больных страдали хроническим геморроем в течении 4-6-8-10 и более лет, только 28 (11 %) пациентов отметили, что хроническим геморроем страдают менее четырёх лет.

Таблица 4—Длительность заболевания у больных с хроническим геморроем IV стадии с выпадением внутренних узлов и слизистой прямой кишки.

Пол	до 5 лет		до 10 лет		до 15 лет		до 20 лет и более		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%

Муж.	2	0,9	7	3,1	21	9,4	96	42,8	126	56,2
Жен.	1	0,4	2	0,9	26	11,6	69	30,9	98	43,8
Итого	3	1,3	9	4,0	47	21,0	165	73,7	224	100,0

Из данной таблицы видно, что хронический геморрой IV стадии с постоянным выпадением внутренних узлов и слизистой прямой кишки встречается в основном у больных, страдающих этим заболеванием в течении 15-20 и более лет – 212 (95%). А больные с тромбированным геморроем на стационарное лечение поступали в основном на 2-3 сутки после возникновения этого осложнения. Их было 214. Среди этих больных мужчин было 175 (81,7%), а женщин 39 (18,3%). Таким образом, тромбированный геморрой чаще встречался у мужчин.

Больные с хроническим геморроем, осложненным кровотечением и постгеморрагической анемией при поступлении в стационар жаловались на выделение алой крови и выпадение геморроидальных узлов при дефекации, общую слабость. При определении стадии хронического геморроя среди этих 256 больных выявлено, что вторая стадия была у 28 (10,9%) пациентов, у которых выпадающие внутренние геморроидальные узлы самостоятельно возвращались на своё место после дефекации, у 152 (59,4%) человек была третья стадия, которым требовалось применение ручного способа для вправления выпадающих снаружи внутренних геморроидальных узлов, в 76 (29,7%) наблюдениях встречалась четвёртая стадия хронического геморроя, при которой геморроидальные узлы не вправлялись даже с помощью ручного пособия (Таблица 5).

Таблица 5–Распределение больных хроническим геморроем, осложнённым кровотечением и постгеморрагической анемией по стадиям.

Пол	Стадии геморроя				Всего
	Первая	Вторая	Третья	Четвёртая	

	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Муж.	-	-	16	6,2	80	31,2	41	16,0	137	53,4
Жен.	-	-	12	4,7	72	28,2	35	13,7	119	46,6
Итого	-	-	28	10,9	152	59,4	76	29,7	256	100,0

Согласно рекомендации Всемирной организации здравоохранения диагноз анемии устанавливается тогда, когда содержание гемоглобина у взрослых мужчин и женщин снижается ниже 110 г/л. Так среди этих 256 больных с анемией лёгкой степени с гемоглобином 110-91 г/л было 111 (43,3 %) пациентов, с анемией средней тяжести с гемоглобином 90-71 г/л было 77 (30,1 %) человек, а с анемией тяжёлой степени с гемоглобином 70 г/л и ниже было 68 (26,6 %) пациентов (Таблица 6).

Таблица 6–Распределение больных хроническим геморроем, осложнённым кровотечением и постгеморрагической анемией, по степени тяжести анемии.

Пол	Степень тяжести анемии						Всего	
	Лёгкая степень Hb=110-91 г/л		Средней тяжести Hb=90-71 г/л		Тяжёлой степени Hb=70 г/л и ниже		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Муж.	59	23,0	41	16,0	37	14,4	137	53,4
Жен.	52	20,3	36	14,1	31	12,2	119	46,6
Итого	111	43,3	77	30,1	68	26,6	256	100,0

Что касается больных с хроническим геморроем IV стадии с постоянным выпадением геморроидальных узлов и слизистой оболочки прямой кишки, то все 224 пациента при поступлении в стационар жаловались на постоянное выпадение геморроидальных узлов и слизистой прямой кишки, невозможность их вправить даже ручным способом, периодическое

недержание газов, а так же выделение слизи. А все 214 больных с тромбированным геморроем III степени тяжести при поступлении на стационарное лечение жаловались на сильную, постоянную боль в области заднего прохода, не связанную с актом дефекации.

Из 694 больных у 183 (26,4%) пациентов были обнаружены различные сопутствующие заболевания. Из 183 больных, лиц мужского пола было 107 (58%), а женского пола - 76 (42%).

Среди 183 больных с сопутствующими заболеваниями у 26 (14,2%) пациентов была сердечно-сосудистая патология (ишемическая болезнь сердца, варикозное расширение вен нижних конечностей); у 6 (3,3%) больных патология со стороны органов дыхания (хронический бронхит); у 87 (47,5%) пациентов патология со стороны желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический холецистит, хронический колит, запоры); у 21 (11,5%) патология со стороны мочевыделительной системы (доброкачественная гиперплазия предстательной железы); со стороны прямой кишки у 8 (4,4%) пациентов выявлен полип прямой кишки; у 29 (15,8%) – анальная трещина, у 6 (3,3%) – параректальный свищ (Таблица 7).

Таблица 7–Сопутствующие заболевания со стороны всего организма и прямой кишки (n=183).

Сопутствующие заболевания	Пол				Всего	
	Мужчины		Женщины			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ишемическая болезнь сердца	16	8,7	4	2,2	20	10,9
Варикозное расширение вен нижних конечностей	1	0,6	5	2,7	6	3,3
Хронический бронхит	4	2,2	2	1,1	6	3,3

Хронический гастрит	10	5,5	9	4,9	19	10,4
Хронический холецистит	4	2,2	5	2,7	9	4,9
Хронический колит	9	4,9	9	4,9	18	9,8
Запоры	19	10,4	22	12,0	41	22,4
Доброкачественная гиперплазия предста- тельной железы	21	11,5	-	-	21	11,5
Полипы прямой кишки	5	2,7	3	1,7	8	4,4
Анальная трещина	14	7,6	15	8,2	29	15,8
Параректальный свищ	4	2,2	2	1,1	6	3,3
Итого	107	58,5	76	41,5	183	100,0

При изучении факторов, способствующих гиперплазии кавернозных телец, т.е. возникновению геморроя, у исследуемых больных было выявлено, что из 694 человек 41 (5,9%) пациент страдали запорами, 216 (31,1%) пациентов постоянно занимались тяжёлым физическим трудом, у 138 (20,0%) - профессиональная деятельность была связана с сидячим, малоподвижным образом жизни, 157 (22,6%) больных постоянно принимали острую пищу и алкоголь, 142 (20,4%) женщины появление геморроя связывали с беременностью и родами (Таблица 8).

Таблица 8 – Распределение больных по факторам риска развития геморроя.

Факторы риска	Пол				Всего	
	Мужчины		Женщины			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Запоры	19	2,7	22	3,2	41	5,9
Тяжёлый физический труд	159	23,0	57	8,1	216	31,1

Малоподвижный образ жизни	119	17,1	19	2,9	138	20,0
Приём острой пищи и алкоголя	141	20,3	16	2,3	157	22,6
Беременность и роды	-	-	142	20,4	142	20,4
Итого	438	63,1	256	36,9	694	100,0

2.2. Методы исследования.

Геморрой часто диагностируется путём клинического обследования. При поступлении больного в стационар прежде всего подробно выявляли жалобы, потом тщательно знакомились с анамнезом болезни и жизни, после чего осуществляли оценку общего состояния пациента, затем приступали к осмотру локального статуса. Осмотр заднепроходного отверстия и кожи перианальной области осуществляли в коленно-локтевом положении или на гинекологическом кресле в положении на спине с максимально приведенными к животу ногами, а иногда в положении на боку. При осторожном разведении краёв заднего прохода тонус анального сфинктера ослабляется и нам удавалось осмотреть стенки заднепроходного канала. При этом внутренние геморроидальные узлы определялись в виде выбухающих в просвет анального канала образований синюшного цвета, мягкоэластической консистенции, покрытых слизистой оболочкой. Кроме того, во время осмотра заднего прохода и перианальной области оценивали состояние кожи, наличие каких-либо изменений в виде мацерации, гиперемии, рубцов и деформаций, изучали состояние наружных геморроидальных узлов. В тех случаях, когда внутренние геморроидальные узлы выпадали кнаружи, отмечалась их кровоточивость, так же выясняли стадию хронического геморроя. При таком осмотре часто удавалось обнаружить анальную трещину при её наличии, а также наличие или отсутствие параректальных свищей. В тех случаях когда

при осмотре обнаруживали тромбоз геморроидальных узлов мы устанавливали его степень тяжести. При тромбозе геморроидальных узлов применять другие методы диагностики из-за боли было невозможно. А при хроническом геморрое после осмотра локального статуса при помощи зонда штриховыми движениями определяли наличие и степень выраженности анального рефлекса. Затем приступали к пальцевому исследованию прямой кишки. При пальцевом исследовании прямой кишки мы определяли тонус анального сфинктера, оценивали состояние слизистой оболочки прямой кишки, состояние предстательной железы у мужчин, определяли наличие или отсутствие болезненности при этом. При пальцевом исследовании прямой кишки нам удавалось определить наличие полипов и рубцов в прямой кишке, оценить состояние внутренних геморроидальных узлов. Следующим этапом диагностики было исследование анального канала аноскопом. При аноскопии оценивали состояние внутренних геморроидальных узлов, состояние слизистой оболочки анального канала, также крипт и столбов Морганьи.

Всем больным с хроническим геморроем в обязательном порядке проводили ректороманоскопию. Во время ректороманоскопии определяли наличие или отсутствие другой патологии со стороны прямой кишки, оценивали состояние геморроидальных узлов и слизистой оболочки прямой кишки. В тех случаях, когда мы подозревали наличие патологии со стороны вышележащих отделов толстой кишки, то осуществляли ирригоскопию и колоноскопию. Так колоноскопия проведена у 62 (9%) больных, а ирригоскопия у 41 (5,9%) пациента.

Следующим методом исследования была сфинктерометрия по Аминева А.М. Функциональное состояние анального сфинктера при хроническом геморрое нами изучено у 300 (43,2%) больных. Учитывая, что часть наших пациентов поступала на стационарное лечение с кровотечением или уже развившейся анемией, а также запущенными формами геморроя, тромбированным геморроем, нами были исследованы у 394 (56,9%)

пациентов протромбиновый индекс, количество тромбоцитов и время свёртывания крови по Моравицу. У всех больных иссеченные геморроидальные узлы подвергались гистологическому исследованию. Кроме того, в послеоперационном периоде у 330 (47,5%) больных осуществляли ректальную термометрию, при помощи обычных термометров на 3-5-7 сутки с целью определения интенсивности местного воспалительного процесса в зонах ран анального канала (Таблица 9).
Таблица 9–Количество исследований, осуществлённых у больных с осложнённым геморроем.

Вид исследований	Количество обследованных больных	
	абс.	%
Осмотр локального статуса	694	100,0
Пальцевое исследование прямой кишки	480	69,1
Аноскопия	480	69,1
Ректороманоскопия	480	69,1
Ирригоскопия	41	5,9
Колоноскопия	62	9,0
Сфинктерометрия	300	43,2
Протромбиновый индекс	394	56,9
Количество тромбоцитов	394	56,9
Время свёртывания крови по Моравицу	394	56,9
Ректальная термометрия	330	47,5

Гистологическое исследование	694	100,0
---------------------------------	-----	-------

2.3. Диагностика осложнённого геморроя у больных.

Оценка клинического состояния больных с осложнёнными формами геморроя осуществлялась на основании жалоб, анамнеза болезни и жизни, изучения общего состояния пациентов и локального статуса. С целью изучения общего состояния больных проводили доступные для нас методы клинического обследования. Кроме того, у 358 (51,6%) больных осуществляли электрокардиографию, а у 346 (49,8%) пациентов производили рентгенографию органов грудной клетки. С целью установки диагноза, а также для дифференциальной диагностики мы особое внимание уделяли таким признакам геморроя, как наличие наружных и внутренних геморроидальных узлов, периодическое кровотечение во время дефекации, обильное кровотечение во время дефекации, развитие анемии, острая и хроническая боль в области заднего прохода, зуд и жжение в анальной области, выпадение внутренних геморроидальных узлов при дефекации или их постоянное выпадение вместе со слизистой оболочкой прямой кишки.

У всех 694 больных, поступивших на стационарное лечение, имелись выраженные внутренние и наружные геморроидальные узлы. У 256 (36,9 %) пациентов периодическое или обильное кровотечение привело к развитию постгеморрагической анемии различной степени тяжести.

Приведём пример: Больной А., 32 года (медицинская карта стационарного больного №7939/392), поступил в отделение проктологии НГ при МЗ КР 22.03.2016 года с жалобами на выпадение геморроидальных узлов и кровотечение во время дефекации, слабость. Больной, со слов, страдает геморроем более 10 лет, периодически отмечал появление крови при дефекации. В последние годы геморроидальные узлы стали выпадать при

каждом акте дефекации, выпадение узлов сопровождалось кровотечением. Объективно: кожа и видимые слизистые оболочки бледные. ЧСС 80 уд. в минуту, А/Д 120/80 мм.рт.ст.

Местно: у больного в анальном канале выявляются на 3-7-11-ти часах «по условному циферблату», при положении его на спине на гинекологическом кресле с максимально приведенными к животу ногами, выраженные внутренние геморроидальные узлы, которые при натуживании выпадают кнаружи и кровоточат. Произведены пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, ректороманоскопия.

Из общего анализа крови от 22.03.2016 года: эритроциты $2,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 66 г/л, цветной показатель 0,8, лейкоциты $5,3 \cdot 10^9/л$, СОЭ 22 мм/ч.

Выставлен диагноз: Хронический геморрой III стадии, осложнённый кровотечением. Постгеморрагическая анемия тяжёлой степени.

Больному 22.03.2016 года внутривенно перелиты: раствор пауза 20,0 мл в 400,0 мл 0,9 % физиологического раствора, 500 мл одноклассной эритроцитарной массы, 250 мл свежзамороженной плазмы. Повторно 23.03.2016 г. внутривенно прокапан раствор пауза 25,0 мл в 400,0 мл 0,9 % физиологического раствора. Назначен гино-тардиферон. Повторно взят анализ крови: эритроциты $2,8 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 82 г/л.

Больному 23.03.2016 года произведена под сакральной анестезией операция геморроидэктомия по предложенной нами методике. Больной в удовлетворительном состоянии выписан домой 31.03.2016 года на амбулаторное долечивание.

Иссечённые геморроидальные узлы подвергнуты гистологическому исследованию, при таком обильном кровотечении гистологическая картина хронического геморроя была такой: геморроидальные узлы с поверхности покрыты многослойным плоским ороговевающим эпителием обычного строения. На поверхности эпителия видны скопления свободно лежащих

эритроцитов, под эпителием видны разнообразной формы кавернозные полости крупных размеров. Стенка этих полостей тонкая, представлена слоем фиброзной ткани без мышечных клеток, выстлана эндотелием, эритроциты также имеются в просвете этих полостей. Строма фиброзирована, имеются массивные участки кровоизлияний вокруг кавернозных полостей и на протяжении, в строме определяется очаговая лимфогистоцитарная инфильтрация (Рис.1).

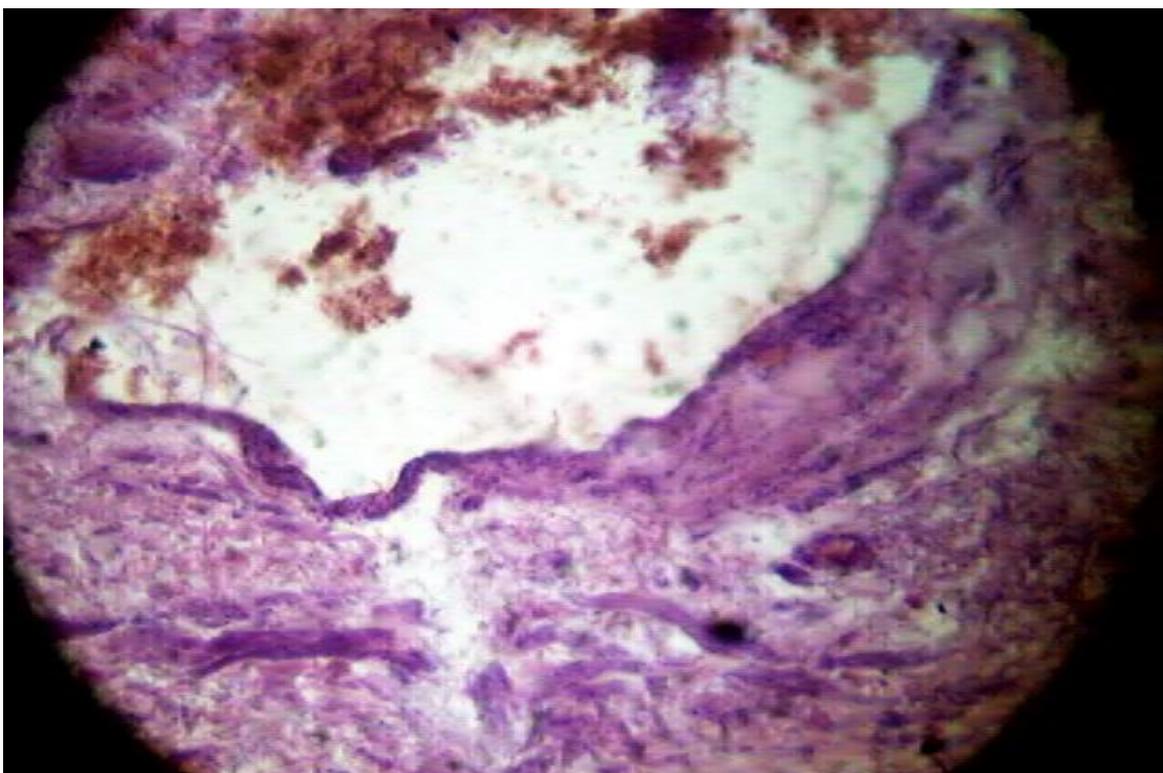


Рис.1. Гистогарма при хроническом геморрое, осложнённом кровотечением и анемией.

При диагностике хронического геморроя, осложнённого кровотечением, мы учитывали наличие хронической боли в области заднего прохода. Из 256 больных хроническим геморроем, осложнённым кровотечением у 114 (44,5 %) пациентов имелись жалобы на хроническую боль в области заднего прохода. Причём интенсивность боли была незначительной и периодического характера. У этих больных чувство жжения, дискомфорта в области ануса усиливались во время дефекации, а также когда внутренние

геморроидальные узлы выпадали кнаружи. Иногда причиной хронической боли в анальном канале служил параректальный свищ. Такое сочетание хронического геморроя с параректальным свищом было у 6 (0,9 %) больных. Из 694 обследованных пациентов эти пациенты, страдая хроническим геморроем ещё перенесли острый парапроктит. Из-за нерадикального лечения острого парапроктита у этих больных образовался параректальный свищ. У данной группы при осмотре области заднего прохода и промежности выявлялись свищевые отверстия с гнойным отделяемым.

Приведём пример: Больной Б., 49 лет (медицинская карта стационарного больного № 7756 /386), поступил в отделение проктологии НГ при МЗ КР 18.03.2016 года с жалобами на выпадение внутренних геморроидальных узлов, появление крови и незначительную боль в области заднего прохода при дефекации, наличие свищевого отверстия в области промежности с гнойным отделяемым. Больной геморроем страдает 15 лет, два года назад в поликлинике по месту жительства по поводу острого парапроктита произведена операция – вскрытие острого парапроктита. В послеоперационном периоде сформировался параректальный свищ. Со стороны внутренних органов возрастные изменения. Локально: в области заднего прохода на 3-7-11 «часах по условному циферблату» определяются большие внутренние геморроидальные узлы, а вокруг заднепроходного отверстия наружные геморроидальные узлы, в области промежности на 7 «часах по условному циферблату» наружное отверстие свища. При пальцевом исследовании прямой кишки, ректороманоскопии, исследовании свища зондом и при помощи пробы с красителем выявлено внутреннее отверстие свища на 6 «часах по условному циферблату».

Выставлен диагноз: Хронический геморрой III стадии, осложненный кровотечением. Постгеморрагическая анемия лёгкой степени. Полный интрасфинктерный свищ прямой кишки.

Больному 22.03.2016 года произведена операция геморроидэктомия и иссечение свища в просвет прямой кишки. Послеоперационный период без особенностей. Пациент находился в стационаре 11 дней, 29.03.2016 года выписан домой на амбулаторное долечивание у хирурга по месту жительства.

Кроме того, боль при дефекации наблюдалась и при сочетании хронического геморроя с анальной трещиной. Как сопутствующее хроническому геморрою заболевание – анальная трещина встречалась у 29 (6,2 %) больных из 694 пациентов. У этих пациентов боль возникала во время дефекации и держалась в течение нескольких часов после дефекации. При разведении краёв заднепроходного отверстия, во время осмотра, удавалось обнаружить дефект слизистой оболочки анального канала выше зубчатой линии. Анальная трещина чаще всего располагалась на 6 «часах по условному циферблату».

Приведём пример: Больная Б., 37 лет (медицинская карта стационарного больного № 648 / 37), поступила в отделение проктологии НГ при МЗ КР 7.01.2016 года с жалобами на боль в области заднего прохода и выпадение геморроидальных узлов кнаружи при дефекации, а также периодическое появление крови при этом. Со слов, геморроем страдает в течении 18 лет, за последние 7-8 месяцев появилась боль при дефекации. Появление боли в области заднего прохода связывает с запорами. Со стороны внутренних органов особых изменений не выявлено. Локально: при положении больной на спине, в области заднего прохода на 3-7-11 «часах по условному циферблату» большие наружные и внутренние геморроидальные узлы, а на 6 «часах по условному циферблату» трещина размером 1,0 см × 0,3 см. пальцевое исследование прямой кишки болезненное.

Выставлен диагноз: Хронический геморрой III стадии, осложненный кровотечением. Постгеморрагическая анемия лёгкой степени. Хроническая анальная трещина.

Больной 08.01.2016 года произведена операция: геморроидэктомия и иссечение анальной трещины. Послеоперационный период протекал гладко. Больная 13.01.2016 года выписана домой на амбулаторное долечивание у хирурга по месту жительства.

При хроническом геморрое может наблюдаться сочетание выпадения геморроидальных узлов, появление крови при дефекации, жжение и анальный зуд. Появление жжения и анального зуда при хроническом геморрое объясняется тем, что выраженные внутренние геморроидальные узлы выпадая наружу, препятствуют плотному смыканию стенок анального канала. При этом из прямой кишки выделяется слизь, которая вызывает жжение и зуд в области ануса. Во время осмотра местного статуса у таких больных выявляются следы расчёсов, иногда депигментация.

Приведём пример: Больная А., 44 года (медицинская карта стационарного больного № 26525 / 1310), поступила в отделение проктологии НГ при МЗ КР 03.11.2016 года с жалобами на выпадение геморроидальных узлов и появление крови при дефекации, жжение и зуд в области ануса, слабость, головокружение. Со слов, геморроем страдает 22 года. Лечилась неоднократно консервативно, но без эффекта.

Местно: в области ануса на 3-7-11 «часах по условному циферблату» имеются выраженные внутренние и наружные геморроидальные узлы, следы расчёсов на коже перианальной области. При пальцевом исследовании и ректороманоскопии выявляются выраженные эрозированные внутренние геморроидальные узлы. Общий анализа крови: эритроциты $3,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 62 г/л, цветной показатель 0,6, тромбоциты $201,6 \cdot 10^9/л$. Больной перелита эритроцитарная масса и кровезаменители. Проведена гемостатическая терапия.

Повторный анализ крови: эритроциты $3,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 92 г/л. Выставлен диагноз: Хронический геморрой III стадии, осложненный кровотечением. Постгеморрагическая анемия.

04.10.2016 года произведена операция – геморроидэктомия. Больная в стационаре находилась 13 койко-дней и 13.10.2016 года в удовлетворительном состоянии была выписана домой.

Выраженное, постоянное выпадение геморроидальных узлов со слизистой прямой кишки отмечено у 224 (32,4 %) больных. У этих больных также отмечались вышеперечисленные симптомы, а также периодическое недержание газов.

Приведём пример: Больной Д., 27 лет (медицинская карта стационарного больного №784/41), поступил в отделение проктологии НГ при МЗ КР 09.01.2016 года. Больной при поступлении в отделение предъявлял жалобы на выпадение геморроидальных узлов и появление крови при дефекации. Со слов больного геморроем страдает в течении 10 лет. Последние годы выпадение геморроидальных узлов стал постоянным, из-за чего стал замечать периодическое недержание газов и мокнутие перианальной области.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, ЧСС 76 в минуту, А/Д 120/80 мм.рт.ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Локально: в области заднего прохода на 3-7-11-ти часах имеются выраженные внутренние геморроидальные узлы, которые находятся в выпавшем и слившемся состоянии с наружными геморроидальными узлами. Отмечается так же выпадение слизистой оболочки прямой кишки. Осуществлены: пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, ректороманоскопия, сфинктерометрия. При этом отмечено незначительное снижение тонуса анального сфинктера.

Анализ крови: эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 127 г/л, цветной показатель 0,9, лейкоциты $5,1 \cdot 10^9/л$, СОЭ 4 мм/ч, ПТИ 95 %.

Анализ мочи: цвет жёлтый, реакция кислая, эпителий плоский 0-1-2 в поле зрения, лейкоциты 1-2-1 в поле зрения, белок отрицательный.

Выставлен диагноз: Хронический геморрой IV стадии, осложненный постоянным выпадением внутренних геморроидальных узлов и слизистой прямой кишки. Недостаточность анального сфинктера I степени.

11.01.2016 года под сакральной анестезией произведена операция – геморроидэктомия по предложенной нами усовершенствованной методике. Послеоперационное течение гладкое. Больной в удовлетворительном состоянии выписан домой на амбулаторное долечивание 19.01.2016 г.

Гистологическое исследование иссеченных геморроидальных узлов при хронической форме геморроя (Рис.2), показало: геморроидальные узлы

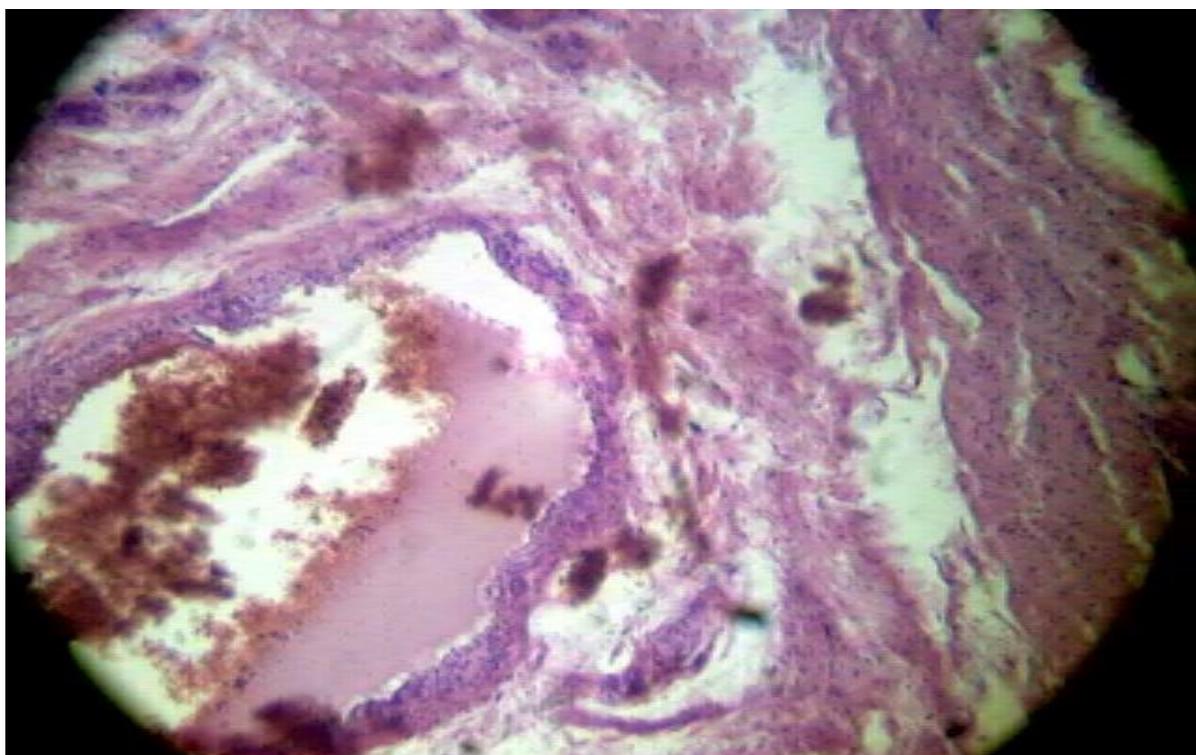


Рис.2. Гистогарма хронической формы геморроя.

покрыты с поверхности местами многослойным плоским ороговевающим эпителием, местами слизистой кишечника. Пласт плоского эпителия утолщен, гиперплазия базального слоя, в поверхностных слоях явления дискератоза. Слизистая кишечника отёчная, с полнокровными сосудами, мелкими периваскулярными кровоизлияниями, участки десквамации эпителия. В строме под эпителием – кавернозно расширенные вены.

В просвете – эритроциты. Просвет некоторых от содержимого свободен. Строма фиброзирована, местами отечна, с разрастанием пучков соединительной ткани. Обширные кровоизлияния, располагающиеся вокруг кавернозно расширенных сосудов и на протяжении. В строме – единичные клетки лимфоидного ряда.

Основной причиной острой боли в области заднего ряда служил тромбоз геморроидальных узлов. Характерно было её быстрое появление и нарастание, появление отёка. Отёк носил постоянный характер. При осмотре на границе промежности и заднего прохода были видны синеватые, отёчные, тромбированные геморроидальные узлы, невправимые в ампулу прямой кишки.

При осмотре больных, обратившихся с жалобами на острую боль в области заднего прохода, в ряде случаев был диагностирован тромбированный геморрой. 214 (30,7 %) больных с тромбозом III степени тяжести были госпитализированы. Тромбоз геморроидальных узлов происходит вследствие ущемления сфинктером выпавших снаружы геморроидальных узлов. Кровоснабжение последних нарушается, они набухают, синеют, перестают вправляться, становятся резкоболезненными. Если не принять экстренных мер – тромбированные узлы некротизируются, покрывающая их слизистая оболочка изъязвляется, возможно развитие различных форм острого парапроктита. Зачастую, диагностика тромбированного геморроя ясна уже при сборе анамнеза пациента.

Приведём пример: Больной А., 55 лет (медицинская карта стационарного больного №8457/410), поступил в отделение проктологии НГ при МЗ КР 26.03.2016 года с жалобами на постоянную боль в области заднего прохода, на выпавшие кнаружи отёчные геморроидальные узлы, на невозможность их вправить. Со слов больного геморроем страдает в течении 20 лет. Один день тому назад после выполнения тяжёлой физической работы появились вышеизложенные жалобы. В связи с чем больной обратился в отделение проктологии.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, ЧСС 68 в минуту, А/Д 120/80 мм.рт.ст. Со стороны внутренних органов патология не выявлена.

Локально: вся окружность заднего прохода занята выпавшими кнаружи, отёчными, воспалёнными, плотными, сине-багрового цвета, тромбированными геморроидальными узлами. Отмечается некроз слизистой оболочки геморроидальных узлов, отёчность и гиперемия кожи вокруг анального канала. Пальцевое исследование прямой кишки невозможно из-за боли.

Анализ крови: эритроциты $4,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 139 г/л, цветной показатель 0,9, лейкоциты $6,0 \cdot 10^9/л$, СОЭ 12 мм/ч.

Анализ мочи: цвет жёлтый, прозрачность – слабомутная, относительная плотность 1019, эпителий плоский 0-1-1 в поле зрения, лейкоциты 1-2-2 в поле зрения, белок отрицательный.

Сахар крови: 5,7 ммоль/л. Протромбиновый индекс 100 %. Реакция Вассермана отрицательная.

Выставлен диагноз: Тромбированный геморрой III степени тяжести.

Больному были назначены: кетопрофен 2,0 внутримышечно, детралекс по 2 таблетке х 3 раза в день – на первые 4 дня, затем по 2 таблетке х 2 раза в день на последующие 3 дня и повязка с гелем «Троксевазин».

28.03.2016 года под сакральной анестезией произведена операция – геморроидэктомия по предложенной нами усовершенствованной методике. Послеоперационное течение гладкое. Больной 31.03.2016 года выписан домой в удовлетворительном состоянии на амбулаторное долечивание.

При гистологических исследованиях тромбированного геморроя (Рис.3), во всех случаях присутствовала отёчность вокруг стромы вен, мелкоочаговые периваскулярные кровоизлияния.

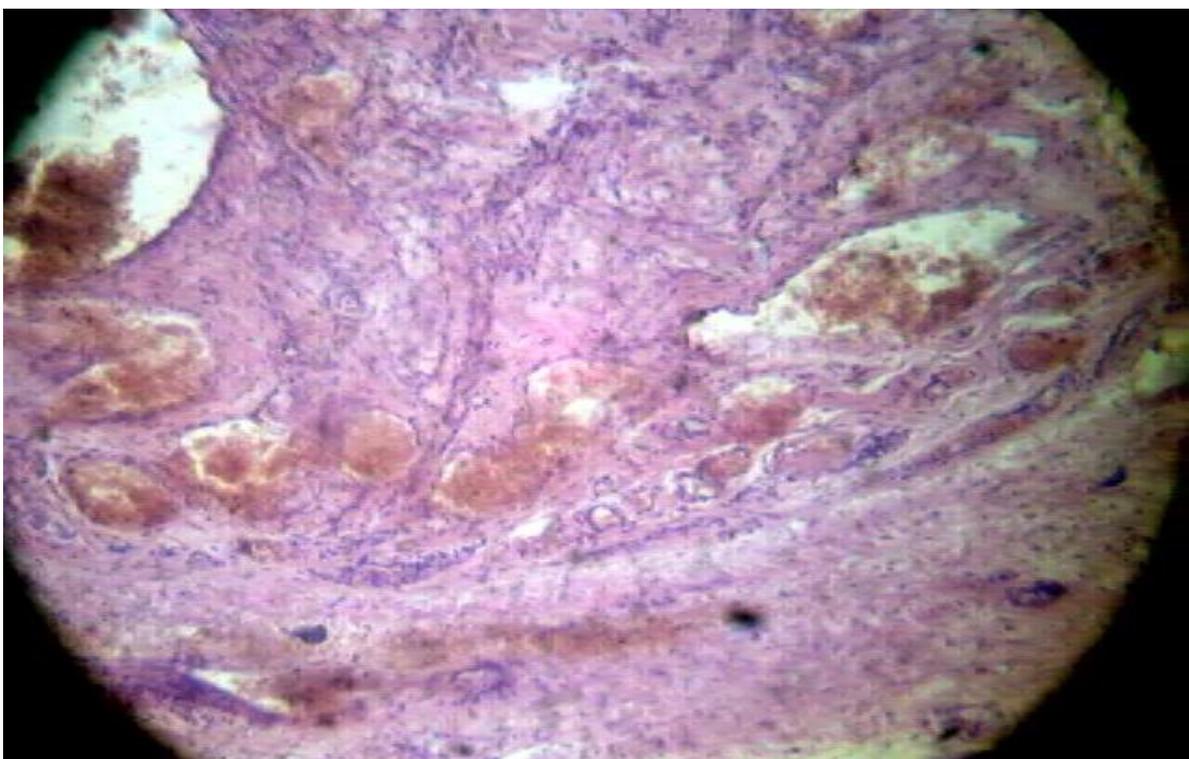


Рис.3. Гистограмма тромбированного геморроидального узла.

В строме выявлялась различной выраженности диффузно-очаговая лимфогистоцитарная инфильтрация с примесью лейкоцитов. Геморроидальные узлы покрыты с поверхности многослойным плоским ороговевающим эпителием, местами слизистой кишечника. Пласт плоского эпителия утолщен, гиперплазия базального слоя, в верхних участках

эпителиального пласта явления дискератоза. Слизистая кишечника отёчная с полнокровными сосудами, мелкими периваскулярными кровоизлияниями. В строме – кавернозно-расширенные вены. В просвете видны пристеночные тромбы в виде гемолизированной эритроцитарной массы.

Из 694 больных у 300 (43,2 %) пациентов с хроническим геморроем без сопутствующей патологии со стороны прямой кишки выполнена сфинктерометрия (Таблица 10). Больным с тромбированным геморроем из-за боли сфинктерометрия не осуществлена.

Таблица 10–Показатели сфинктерометрии у больных хроническим геморроем контрольной и основной групп до хирургического лечения ($M \pm m$).

Сравни- ваемые группы	Стадия хроничес- кого геморроя	Коли- чество боль- ных (n=300)	Исследуемые параметры (в гр.)		
			Тоническое напряжение в покое	Максималь- ное усилие	Волевое сокращение
Контроль ная группа	III	76	627±2,5	917±2,9	290±0,7
	IV	74	544±1,7	819±2,1	275±0,5
Основная группа	III	73	632±1,8	920±2,5	288±1,9
	IV	77	545±2,8	824±2,2	279±0,8

Тонус анального сфинктера у больных с хроническим геморроем снижается чаще при IV стадии заболевания из-за постоянного выпадения внутренних геморроидальных узлов кнаружи, даже при кашле, вертикальном положении тела. Иногда вместе с внутренними геморроидальными узлами выпадают и слизистая оболочка прямой кишки. Тем более эти больные страдают геморроем в течении многих лет. Такие больные в течении многих

лет лечатся самостоятельно, без особого эффекта. Они к врачам обращаются только тогда, когда заболевание принимает запущенную форму и развивается снижение тонуса анального сфинктера. В связи с этим для лечения таких больных необходимо использовать не только хирургические методы, но и стимулирующие функции анального сфинктера методы консервативного лечения.

В предоперационном периоде 394 (56,9%) больным осуществляли исследование показателей свёртывающей системы крови (Таблица 11).

Таблица 11– Средние показатели коагулограммы у больных с различными формами геморроя (n=394).

Формы геморроя	n	Свёртываемость крови в минутах	Количество тромбоцитов	Протромбиновый индекс
Хронический геморрой, осложненный кровотечением и анемией	156	$4^{10} \pm 0,09 -$ $5 \pm 0,22$	$177 \pm 7,74$	$82 \pm 0,8$
Хронический геморрой IV стадии с выпадением внутренних узлов со слизистой прямой кишки	124	$3^{50} \pm 0,008 -$ $4^{10} \pm 0,005$	$216 \pm 1,05$	$89 \pm 0,7$
Тромбированный геморрой III	114	$3^{20} \pm 0,005 -$	$260 \pm 3,4$	$97 \pm 0,4$

степени тяжести		$3^{40} \pm 0,006$		
-----------------	--	--------------------	--	--

Вышеизложенное показывает, что на основании изучения жалоб больных, анамнеза болезни и жизни, объективного состояния пациентов, клинических проявлений болезни, общеклинических, инструментальных и специальных методов исследования можно поставить диагноз различных клинических форм геморроя без особых трудностей. В результате проведенных исследований 694 больных с осложненными формами геморроя было выяснено, что у 183 (26,4%) пациентов имелись различные сопутствующие заболевания, у 256 (36,9%) больных хронический геморрой, осложненный кровотечением и анемией различной степени тяжести, у 224 (32,4%) человек хронический геморрой IV стадии с постоянным выпадением внутренних геморроидальных узлов со слизистой оболочкой прямой кишки, у 214 (30,7%) больных тромбированный геморрой III степени тяжести.

Таким образом, всё вышеизложенное указывает на то, что обследование больных, обратившихся с жалобами, характерными для осложненного геморроя должно быть тщательным и всесторонним.

2.4. Методы статистической обработки результатов исследования.

Для оценки полученных результатов исследования проводили статистическую обработку при помощи компьютера с использованием пакета прикладной программы Office 2007 (Word, Excel). Вычислялись средние величины исследований ($M \pm m$). Достоверность различий между сравниваемыми величинами определялось по t-критерию Стьюдента. Различия считались достоверными при значении $p < 0,05$.

ГЛАВА 3. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННОГО ГЕМОРРОЯ У БОЛЬНЫХ КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППЫ

В отделение проктологии НГ при МЗ КР за 2015-2017 годы на стационарном лечении находились 340 больных с различными формами осложнённого геморроя. Эти 340 (49%) пациентов составили, в нашем исследовании, контрольную группу. Этим больным осуществлена операция – традиционная закрытая геморроидэктомия. Распределение больных контрольной группы по возрасту и полу приведено в Таблице 12.

Таблица 12–Распределение больных осложненным геморроем контрольной группы по полу и возрасту.

Пол	Возраст												Всего больных	
	до 20 лет		21-30 лет		31-40 лет		41-50 лет		51-60 лет		61 год и старше			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%
Му	1	0,3	26	7,7	71	20,9	66	19,4	39	11,4	13	3,8	216	63,5
ж														
Же	1	0,3	16	4,6	33	9,7	46	13,6	24	7,1	4	1,2	124	36,5
н.														
Ито	2	0,6	42	12,3	104	30,6	112	33,0	63	18,5	17	5,0	340	100,
-го													0	

Из таблицы следует, что из 340 больных 216 (63,5%) пациентов были мужского пола, а 124 (36,5%) – женского пола. Средний возраст больных составил $42,92 \pm 0,653$ лет. Среди этих больных лица трудоспособного возраста составили большую часть заболевших, т.е. в возрасте от 21 года до 60 лет было 321 (94,4%). Большинство больных занимались физическим трудом, часть пациентов страдали запорами, вели малоподвижный образ жизни. Больные с хроническим геморроем в стационар поступали, в

основном, в поздние сроки, когда у них развивались осложнения в виде кровотечения и анемии или выпадение внутренних геморроидальных узлов вместе со слизистой оболочкой прямой кишки. А больные тромбированным геморроем в стационар поступали на вторые-третьи сутки после развития такого осложнения. Из 340 больных контрольной группы у 131 (38,5%) пациента был хронический геморрой, осложненный кровотечением и постгеморрагической анемией (Рис.4).

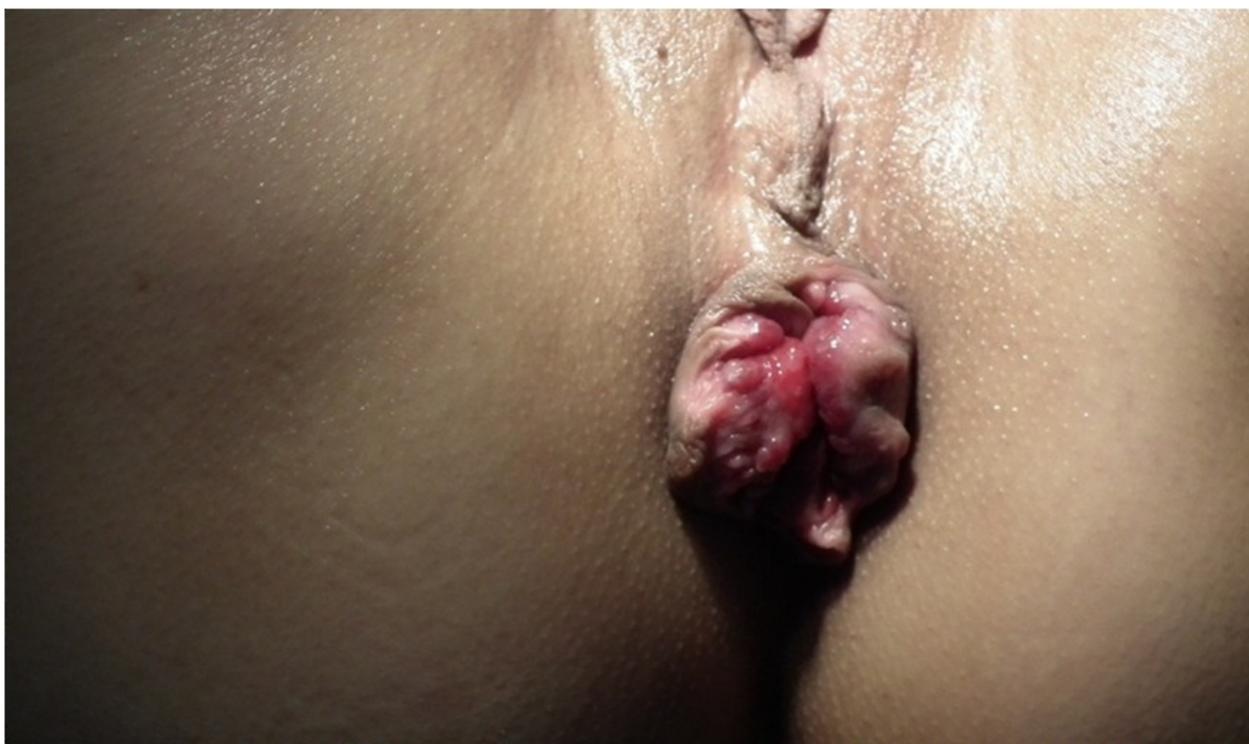


Рис.4. Хронический геморрой, осложненный кровотечением.

У 109 (32,1%) хронический геморрой IV стадии с постоянным выпадением внутренних узлов и слизистой оболочки прямой кишки (Рис.5).

У 100 (29,4%) – тромбированный геморрой III степени тяжести (Рис.6).

Всем этим больным была осуществлена операция – традиционная закрытая геморроидэктомия. Такая методика геморроидэктомии с восстановлением слизистой анального канала в клиническую практику отделения проктологии НГ при МЗ КР была внедрена в 1986 году. Все операции нами осуществлены под сакральной анестезией. Внутренние геморроидальные узлы

расположенные на 3-7-11 часах поочередно иссечены, культы сосудистых ножек прошиты, раны стенки заднепроходного канала ушиты наглухо.

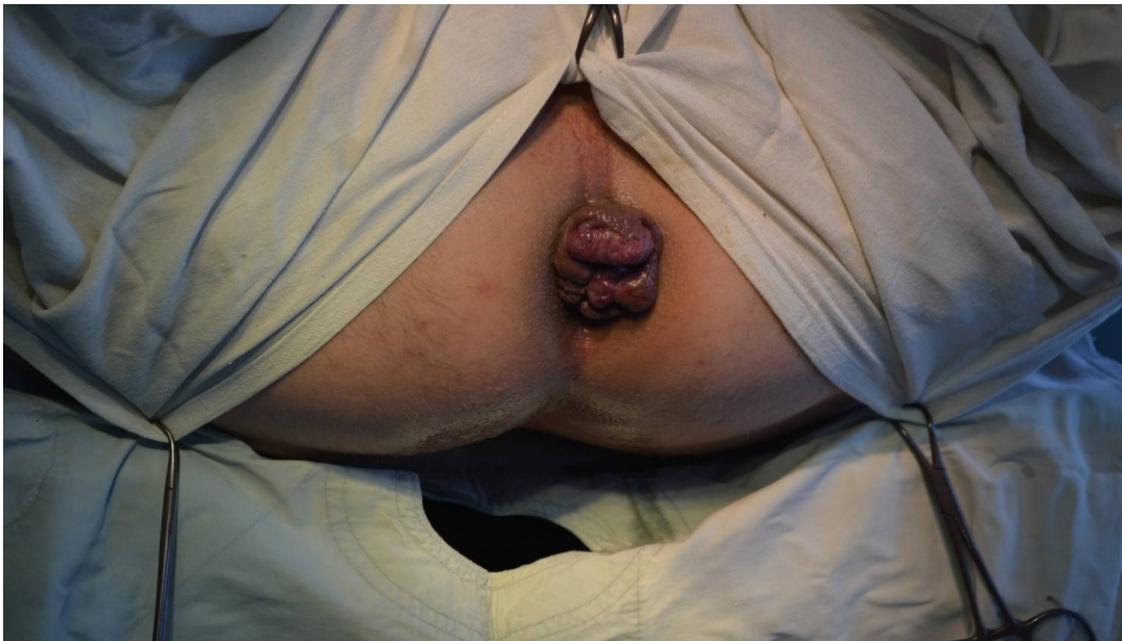


Рис.5. Хронический геморрой IV стадии.



Рис.6. Тромбированный геморрой III степени тяжести.

На рисунке 7 показан окончательный вид ран после геморроидэктомии с восстановлением слизистой анального канала.

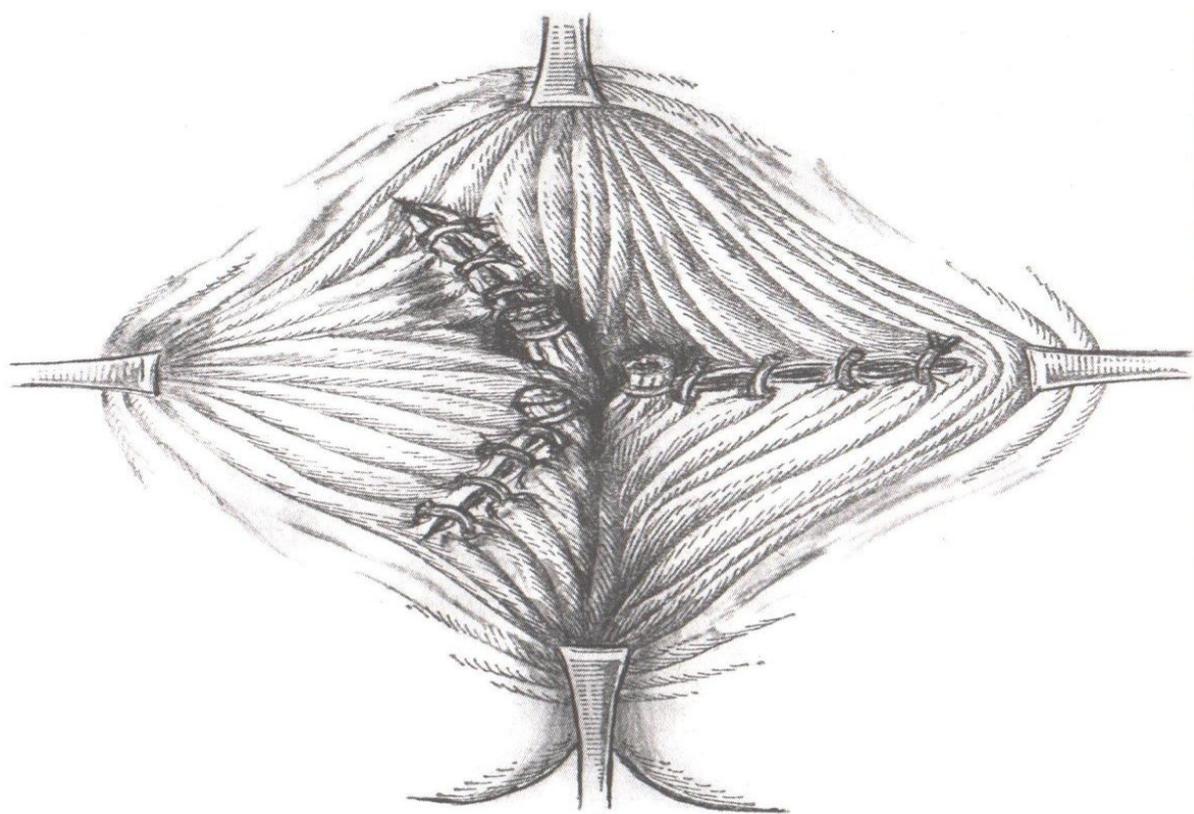


Рис.7. Вид восстановленной слизистой анального канала после традиционной закрытой геморроидэктомии.

Оставленные в анальном канале культы сосудистых ножек геморроидальных узлов в анальном канале являются основными причинами осложнений. Именно этим фактором объясняется поиск новых вариантов традиционной закрытой геморроидэктомии, дающие как можно меньший процент различных осложнений.

Нередкое и весьма опасное осложнение ближайшего послеоперационного периода это кровотечение. Причиной кровотечения являются технические погрешности, допущенные во время операции. Ушивание сосудистой ножки внутреннего геморроидального узла один из важных моментов.

Во избежание раннего прорезывания или соскальзывания лигатуры следует прошивать толщу тканей непосредственно у основания иссекаемого узла и,

отрезав и удалив узел, надо оставлять культю над лигатурой. Для прошивания сосудистой ножки геморроидального узла мы используем рассасывающиеся нити.

Выраженный болевой синдром в ближайшие 5-7 дней после операции может быть обусловлен: травматичным выполнением хирургического вмешательства; недостаточной дивульсией анального сфинктера; попаданием фекалий на рану; развитием воспалительного процесса в зоне операции. Осторожная и постепенная дивульсия анального сфинктера и выделение внутренних геморроидальных узлов без травмирования подслизистого и мышечного слоёв заднепроходного канала позволяет добиться почти безболезненного течения послеоперационного периода в первые 3-4 суток. В этот период при соответствующей предоперационной подготовке кишки, фекалии не попадают на операционную рану. Появление болей на 4-7 день после операции связано с недостаточно тщательно ушитой слизистой оболочкой и возможным инфицированием раны.

В послеоперационном периоде, когда наружные геморроидальные узлы полностью не удаляются, появляется перианальный отёк. Такое явление связано с тем, что из кавернозных образований, расположенных подкожно, оставленных во время операции, практически прекращается отток крови. Этим объясняется стойкость отёка, который может сохраниться в течении месяца и более. Нередко может возникать воспаление кожи и подкожной клетчатки в области послеоперационных ран из-за присоединения инфекции. Считается, что раны заднепроходного канала через сутки после операции превращаются в бактериально-загрязненную.

Основная масса осложнений в отдалённые сроки после операции появляется в связи с тем, что в послеоперационном периоде присоединяется инфекция и рана нагнаивается и при заживлении таких воспалённых ран могут образоваться грубые рубцы в области заднего прохода. Такие рубцы, образовавшиеся при заживлении ран вторичным натяжением, приводят к

деформации анального канала. В таком случае растяжение заднего прохода при дефекации вызывает у больного болевые ощущения. Эти болевые ощущения становятся постоянными если присоединяется явление проктита. Хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке прямой кишки часто приводит к формированию болезненных широких рубцов, которые легко травмируются во время каждого акта дефекации.

Кроме того, хронический воспалительный процесс и рубцы приводят к возникновению стриктуры заднего прохода, недостаточности анального сфинктера, анальной трещины - возникают при рубцовой деформации заднепроходного канала. Эти процессы появляются вследствие расхождения швов и нагноения ран в ближайшем послеоперационном периоде.

В послеоперационном периоде из 340 пациентов, которым была произведена операция геморроидэктомия с восстановлением слизистой анального канала, у 7 (2%) больных отмечено кровотечение из раны анального канала. Кровотечение было связано с соскальзыванием лигатуры из культи сосудистой ножки геморроидального узла или расхождения швов, наложенных на раны анального канала. Чаще всего соскальзывала лигатура на 11 «часах по условному циферблату».

Примером данного случая может быть: Больной С., 65 лет (медицинская карта стационарного больного №5940/306), поступил в отделение проктологии НГ при МЗ КР 29.02.2016 года. При поступлении в стационар больной жаловался на постоянное выпадение геморроидальных узлов, периодическое появление крови при дефекации, недержание газов. Со слов больного геморроем страдает в течении 40 лет. Последние годы отмечает постоянное выпадение геморроидальных узлов. Лечился самостоятельно свечами, мазями, без эффекта.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, ЧСС 72 в минуту, А/Д 130/90 мм.рт.ст. Со стороны внутренних органов без патологии.

Локально: в области ануса выраженные, слившиеся между собой наружные и внутренние геморроидальные узлы, которые занимают всю окружность заднепроходного отверстия, причем внутренние узлы находятся в выпавшем состоянии вместе со слизистой оболочкой прямой кишки. При пальцевом исследовании прямой кишки отмечается некоторое снижение тонуса анального сфинктера. Осуществлены аноскопия, ректороманоскопия, сфинктерометрия.

Анализ крови: эритроциты $4,3 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 125 г/л, цветной показатель 0,9, лейкоциты $6,3 \cdot 10^9/л$, СОЭ 3 мм/ч, ПТИ 100 %.

Анализ мочи: цвет соломенно-жёлтый, реакция кислая, относительная плотность 1012, эпителий плоский единичный в поле зрения, лейкоциты 2-1-2 в поле зрения, белок отрицательный.

Выставлен диагноз: Хронический геморрой IV стадии. Недостаточность анального сфинктера I степени.

Больному 01.03.2016 года произведена традиционная закрытая геморроидэктомия под сакральной анестезией.

На следующий день, во время перевязки, при удалении марлевой салфетки и газоотводной трубки, из прямой кишки стала выделяться свежая кровь. При ревизии раны анального канала обнаружено, что лигатура, наложенная на сосудистую ножку геморроидального узла, на 11 часах соскочила и кровоточила. Эта кровоточащая рана ушита несколькими швами из рассасывающейся нити с целью гемостаза. Дополнительно больному была назначена гемостатическая терапия и перелито 250 мл одногруппной эритроцитарной массы. Состояние больного улучшилось, раны в области ануса стали заживать. Больной на 9 сутки после операции в удовлетворительном состоянии выписан домой под наблюдение хирурга по месту жительства.

В послеоперационном периоде следующим важным моментом является болевой синдром. Причиной болевого синдрома является наличие культи сосудистой ножки геморроидального узла. Боль в послеоперационном периоде бывает выраженной. Для снятия боли в первый день после операции всем больным назначали 2 % раствор промедола по 1,0 мл подкожно, 1-2 раза в день. Такую выраженную боль в послеоперационном периоде наблюдали у 210 (61,8%) пациентов из 340 больных этой группы. Со второго дня после операции боль снимали инъекцией кетонала 2,0 мл внутримышечно или тоджесика 2,0 мл внутримышечно. Боль со второго дня после операции становится невыраженной. На 3-4 сутки боль появляется во время дефекации. Из 340 больных 107 (31,5%) пациентов отмечали довольно выраженный болевой синдром при первом акте дефекации. Этим больным назначали кетонал 2,0 мл внутримышечно или пленалгин 5,0 мл внутримышечно или тоджесик 2,0 мл внутримышечно.

У некоторых больных незначительная тупая боль сохранялась до 7-8 суток. Так среди больных контрольной группы такую боль отмечали 72 (21,2%) пациента. Почти у всех больных болевой синдром исчезал на 9-10 сутки после операции.

Следующим важным этапом является то, что после геморроидэктомии довольно часто встречается задержка мочи. Нежелательная рефлекторная задержка мочи наблюдалась у 17 (5,0%) пациентов контрольной группы. Таким больным приходилось устанавливать катетер Фолея на 2-3 дня и назначать 0,05% раствор прозерина по 1,0 мл x 2 раза в день, подкожно. С целью профилактики цистита назначали палин 0,25 по 2 капсулы x 2 раза в день, сроком на 10 дней.

У 98 (28,8%) больных во время первой перевязки на второй день после операции, при удалении марлевой салфетки из прямой кишки отмечено выделение крови из прямой кишки в небольшом количестве.

Больным с целью облегчения акта дефекации на 2-3 день после операции назначали вазелиновое масло по 30 мл внутрь, 2-3 раза в день. Несмотря на это 79 (23,2%) больных отмечали затруднение первого акта дефекации, а 19 (5,6%) пациентам были вынуждены поставить очистительную клизму.

Одним из осложнений является развитие острого парапроктита в послеоперационном периоде. Такое осложнение наблюдалось у двух (0,59%) больных.

Приведём пример: Больная Х., 47 лет (медицинская карта стационарного больного №24716/1229), поступила в отделение проктологии НГ при МЗ КР 14.09.2016 года. Больная предъявляла жалобы на слабость, быструю утомляемость, появление крови и выпадение геморроидальных узлов при акте дефекации. Со слов больной геморроем страдает в течении 23 лет. Периодически замечала появление крови при дефекации. В последующем при дефекации стали выпадать геморроидальные узлы. Лечилась самостоятельно свечами и мазями с временным эффектом. В последние 7 дней кровотечение отмечается при каждой дефекации.

Объективно: кожа и видимые слизистые оболочки бледноватой окраски, ЧСС 78 в минуту, А/Д 110/70 мм.рт.ст.

Местно: в области анального канала на 3-7-11-ти часах, при положении больной на спине на гинекологическом кресле, выявляются выраженные внутренние геморроидальные узлы, которые при дотрагивании кровоточат, а при натуживании выпадают кнаружи. Проведены пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, ректороманоскопия.

В анализе крови от 14.09.2016 года эритроциты $2,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 70 г/л, цветной показатель 0,8, Нт 21%. Протромбиновое время 17,8'. Протромбиновый индекс 91,0 %.

Кровь на RW – отрицательно. Рентгенография органов грудной клетки без особенностей.

Анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, удельный вес - 1012, реакция кислая, эпителий плоский 2-3 в поле зрения, лейкоциты 1-2-1 в поле зрения, белок отрицательный.

Выставлен диагноз: Хронический геморрой III стадии, осложненный кровотечением. Постгеморрагическая анемия средней тяжести.

Больной внутривенно перелиты: раствор пауза 25,0 мл в 400 мл 0,9 % физиологического раствора, 500,0 мл одноклассной эритроцитарной массы. Больной назначен гино-тардиферон по 1 таблетке x 2 раза в день, за 1 час до еды.

15.09.2016 года под сакральной анестезией произведена операция – традиционная закрытая геморроидэктомия.

В послеоперационном периоде больная получала раствор промедола 2 % - 1,0 мл внутримышечно (всего 1 раз), тоджесик 2,0 мл внутримышечно (всего 1 раз) и пленалгин 5,0 мл внутримышечно (всего 1 раз). Ежедневно осуществляли перевязки с мазью левомеколь. Несмотря на это на пятые сутки после операции в перианальной области на 11-ти часах появился небольшой инфильтрат. Кожа над инфильтратом была гиперемирована, при пальпации инфильтрат болезнен, в центре его определялась флюктуация. Был выставлен диагноз: Острый подкожный парапроктит. В тот же день, под сакральной анестезией, произведена операция - радикальное вскрытие парапроктита. Больной дополнительно назначен цефтриаксон по 1 грамму x 2 раза в день, внутримышечно. Рана в области ануса зажила вторичным натяжением. Больная с гранулирующей раной в области ануса выписана домой 24.09.2016 года.

Вышеописанный пример показывает, что в некоторых случаях, после операции, может развиваться острый парапроктит.

Из 340 пациентов контрольной группы у 160 (47%) больных, с целью определения интенсивности местного воспалительного процесса в области

послеоперационных ран, в анальном канале осуществляли местную ректальную термометрию стандартным термометром на 3-5-7 сутки после операции. Средние показатели термометрии при этом составили $37,3^{\circ}\pm 0,3^{\circ}$, $37,7^{\circ}\pm 0,2^{\circ}$, $37,2^{\circ}\pm 0,1^{\circ}$ соответственно.

Больные этой группы в стационаре в среднем проводили $10,34\pm 0,063$ койко-дней ($P<0,05$). Эти больные по месту жительства в амбулаторных условиях у хирургов ещё долечивались в среднем 17 дней. Отдалённые результаты геморроидэктомии с восстановлением слизистой анального канала изучены в сроки от шести месяцев до двух лет у 269 (79%) пациентов из 340 больных контрольной группы. Нами изучены случаи периодического выделения алой крови после дефекации, развитие стриктуры анального канала, нарушение функции держания, возникновение анальной трещины, появление незначительной боли при дефекации.

Так из 269 больных у 12 (4,46%) пациентов отмечено периодическое выделение крови при дефекации. При ректороманоскопии и аноскопии обнаружены маленькие внутренние геморроидальные узлы. Проведено консервативное лечение, выделение крови после дефекации прекратилось. Через один год у 9 (3,34%) больных выявлена стриктура анального канала. Этим больным проведено бужирование анального канала и курс физиотерапии в виде электрофореза лидазой в область ануса №10 или анопластика. Примером этому является нижеприведенный случай.

Больной Ш., 50 лет (медицинская карта стационарного больного №2081/119), поступил в отделение проктологии НГ при МЗ КР 21.01.2016 года. При поступлении в стационар предъявлял жалобы на постоянную боль в области заднего прохода, на выпавшие кнаружи отёчные геморроидальные узлы, на невозможность их вправить. Со слов больного геморроем страдает в течении многих лет. Два дня тому назад после выполнения тяжёлой физической

работы появились вышеизложенные жалобы, в связи с чем больной обратился в отделение проктологии.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, ЧСС 88 в минуту, А/Д 120/70мм.рт.ст. Со стороны внутренних органов без особенностей.

Местно: по всей окружности заднепроходного отверстия видны выпавшие наружу отёчные, воспаленные, сине-багрового цвета, тромбированные геморроидальные узлы. Причем отечности гиперемия распространяется на кожу перианальной области. Пальцевое исследование прямой кишки осуществить невозможно из-за боли.

Анализ крови: эритроциты $4,3 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 130 г/л, цветной показатель 0,9, лейкоциты $5,9 \cdot 10^9/л$, СОЭ 4 мм/ч.

Анализ мочи: цвет жёлтый, прозрачность – слабомутная, относительная плотность 1015, реакция – кислая, эпителий плоский 1-2 в поле зрения, лейкоциты 0-1-2 в поле зрения, белок отрицательный.

Сахар крови: 5,5 ммоль/л. Протромбиновый индекс 100%. Реакция Вассермана отрицательная.

Выставлен диагноз: Тромбированный геморрой III степени тяжести.

22.01.2016 года произведена операция – традиционная закрытая геморроидэктомия под сакральной анестезией. Послеоперационное течение гладкое. Больной 26.01.2016 года выписан домой на амбулаторное долечивание.

Спустя 6 месяцев после выписки из больницы пациент поступил повторно в отделение проктологии НГ при МЗ КР с жалобами на затруднённый акт дефекации. У данного больного по-видимому: во-первых, во время операции геморроидэктомии не оставляли междуаневыми поверхностями кожно-слизистого мостика; во-вторых, больной после выписки из стационара не

наблюдался у хирурга и ему не было осуществлено 3-4 разовое пальцевое исследование прямой кишки с целью профилактики сужения заднего прохода.

Локально: в области ануса послеоперационные рубцы, заднепроходное отверстие не пропускает кончик указательного пальца из-за сужения.

Больному под сакральной анестезией, после обработки операционного поля, произведено рассечение стриктуры в продольном направлении, образовавшаяся рана ушита в поперечном направлении. Этим самым устранено сужение заднего прохода.

У 4 (1,49%) больных через шесть месяцев после операции по поводу хронического геморроя IV стадии, осложненного кровотечением и выпадением внутренних геморроидальных узлов, отмечено периодическое недержание газов. При пальцевом исследовании прямой кишки и сфинктерометрии выявлено некоторое снижение тонуса анального сфинктера. Этим четверым пациентам проведен курс электростимуляции мышц тазового дна, инъекции 0,05 % раствора прозерина и 5 % раствора витамина B1 (курс лечения 10 дней). После проведенного лечения у этих больных улучшилась функция держания. У 6 (2,23%) больных через два года после операции появилась боль в области заднего прохода во время дефекации. Появление боли они связывали с запором. При осмотре в области ануса на 6 часах обнаружена трещина. Этим шестерым больным проведено консервативное лечение: ежедневные тёплые масляные клизмы по 200 мл, 1 раз в день; тёплые сидячие марганцовые ванночки по 10 минут x 2 раза в день; свечи «Натальсид», по 1 свече x 2 раза в день; повязка с мазью «Левомеколь» 2-3 раза в день. Продолжительность такого лечения 14-15 дней. Анальные трещины зажили. Спустя 1 год после операции 11 (4,09%) больных отмечали незначительную боль при дефекации. Этим больным были назначены свечи «Релиф адванс» по 1 свече x 2 раза в день (курс лечения 10 дней).

Таким образом, вышеизложенный анализ результатов геморроидэктомии с восстановлением слизистой анального канала показал, что после такой операции случаи возникновения осложнений в ближайшем послеоперационном и в отдалённые сроки нередки. Эти осложнения, в основном, связаны с оставлением культей сосудистых ножек геморроидальных узлов в анальном канале, кроме того во время такой операции вместе с внутренними и наружными геморроидальными узлами удаляются достаточно обширные участки слизистой оболочки анального канала и кожи перианальной области. Эти факторы и служат причинами болевого синдрома и таких осложнений, как кровотечение и развитие стриктур анального канала в послеоперационном периоде. В связи с вышеизложенным, возникает необходимость искать пути модификации геморроидэктомии, с целью уменьшения процента послеоперационных осложнений.

ГЛАВА 4. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ГЕМОРРОЯ У БОЛЬНЫХ ОСНОВНОЙ ГРУППЫ

Основную группу больных составили 354 пациента с различными осложненными формами геморроя. Деление пациентов по возрасту и полу приведено в Таблице 13.

Таблица 13—Деление пациентов осложненным геморроем основной группы по возрасту и полу.

Пол	Возраст												Всего больных	
	до 21 лет		21-30 лет		31-40 лет		41-50 лет		51-60 лет		61 год и старше			
	абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Муж	2	0,6	27	7,6	70	19,9	68	19, 2	41	11, 5	14	3, 9	22	62,7
Жен.	1	0,3	18	5,2	34	9,7	48	13, 0	26	7,5	5	1, 6	13	37,3
Ито- го	3	0,9	45	12,8	104	29,6	11	32, 6	67	19, 0	19	5, 5	35	100, 0

Из таблицы видно, что из 354 больных 222 (62,7%) пациента были мужского пола, а 132 (37,3%) – женского пола. Средний возраст составил $43,35 \pm 0,662$ лет .

Среди больных основной группы также преобладали лица, занимающиеся тяжёлым физическим трудом и многорожавшие женщины. Большинство пациентов за медицинской помощью обратились в поздние сроки.

Вызывает тревогу то обстоятельство, что из-за стыда больные проктологического профиля к врачам своевременно не обращаются,

несмотря на то, что у них возникают осложнения в виде постгеморрагической анемии, постоянного выпадения внутренних геморроидальных узлов вместе со слизистой оболочкой прямой кишки, тромбоза геморроидальных узлов с распространением воспалительного процесса на окружающие ткани.

Примером развития постгеморрагической анемии является следующий случай: Больной Ж., 34 года (медицинская карта стационарного больного №25364/1255), поступил в отделение проктологии НГ при МЗ КР 20.09.2016 года с жалобами на общую слабость, головокружение, выпадение геморроидальных узлов и кровотечение во время дефекации. Больной отмечает, что геморроем болеет более 12 лет, периодически замечал появление крови при дефекации, последние годы геморроидальные узлы стали выпадать при каждом акте дефекации. Последние 10 дней кровотечение отмечает при каждой дефекации.

Объективно: кожа и видимые слизистые оболочки бледные, ЧСС 100 в минуту, А/Д 90/60 мм.рт.ст.

Местно: у больного в анальном канале на 3-7-11 «часах по условному циферблату» выявляются выраженные геморроидальные узлы, которые при натуживании выпадают наружу и кровоточат. Произведены пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, ректороманоскопия.

Из общего анализа крови от 20.09.2016 года эритроциты $2,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 58 г/л, лейкоциты $4,0 \cdot 10^9/л$, СОЭ 5 мм/ч, время свертывания – начало 2.22, конец 4.56. Кровь на RW – отрицательная. Сахар крови 4,3 ммоль/л.

Анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, слабо-мутная, относительная плотность - 1010, реакция кислая, эпителий плоский 0-1-2 в поле зрения, лейкоциты 0-1-1 в поле зрения, белок отрицательный.

Выставлен диагноз: Хронический геморрой III стадии, осложненный кровотечением. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени.

Больному в этот же день перелито внутривенно: 500 мл одногруппной эритроцитарной массы, 250 мл свежезамороженной плазмы, раствор пауза 20 мл на 200 мл 0,9 % физиологического раствора. Назначен ферсинол. Повторный анализ крови: эритроциты $3,1 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 82 г/л.

Больному 22.09.2016 года под сакральной анестезией произведена операция – геморроидэктомия по усовершенствованной нами методике. Послеоперационный период протекал гладко, больной продолжал получать ферсинол. Пациент 30.09.2016 года в удовлетворительном состоянии выписан домой на амбулаторное долечивание.

Примером для следующего вида осложнения хронического геморроя является нижеприведенный случай: Больной А., 32 года (медицинская карта стационарного больного №2134/122), поступил в отделение проктологии НГ при МЗ КР 21.01.2016 года. Больной при поступлении в отделение жаловался на постоянное выпадение геморроидальных узлов, периодическое появление крови при дефекации. Со слов геморроем страдает в течении последних десяти лет. Выпадение геморроидальных узлов стало постоянным за последние 2 года. Лечился самостоятельно свечами и мазями, без эффекта.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, ЧСС 68 в минуту, А/Д 120/80 мм.рт.ст. Со стороны внутренних органов без особенностей.

Локально: вокруг заднепроходного отверстия имеются слившиеся между собой наружные и внутренние геморроидальные узлы, причем вместе с внутренними узлами выпадает и слизистая прямой кишки. Осуществлены пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, ректороманоскопия, сфинктерометрия.

Анализ крови: эритроциты $4,1 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 132 г/л, цветной показатель – 0,9, лейкоциты $4,9 \cdot 10^9/л$, СОЭ 10 мм/ч.

Анализ мочи: цвет соломенно-жёлтый, реакция кислая, эпителий плоский 2-3 в поле зрения, лейкоциты 3-5 в поле зрения, белок отрицательный.

ПТИ 100 %. Кровь на реакцию Вассермана отрицательная. Сахар крови 5,1 ммоль/л. ЭКГ ритм синусовый, ЧСС 76 в минуту, горизонтальное положение ЭОС.

Выставлен диагноз: Хронический геморрой IV стадии.

Больному 22.01.2016 года под сакральной анестезией произведена операция – геморроидэктомия по усовершенствованной нами методике. Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное долечивание 30.01.2016 года.

Примером следующего вида осложнения является: Больная Л., 58 лет (медицинская карта стационарного больного №2065/115), поступила 21.01.2016 г. в отделение проктологии НГ при МЗ КР с жалобами на боль в области заднего прохода, на выпавшие снаружи отёчные геморроидальные узлы, на невозможность их вправить. Со слов больной геморроем страдает в течении многих лет. 2 дня тому назад после поднятия тяжести появились вышеизложенные жалобы. От самостоятельного лечения эффекта нет, в связи с чем обратилась в отделение проктологии.

Объективно: общее состояние больной удовлетворительное, ЧСС 68 в минуту, А/Д 120/80 мм.рт.ст.

Местно: вся окружность заднего прохода занята выпавшими снаружи отечными, воспаленными, плотными, сине-багрового цвета, тромбированными геморроидальными узлами. Отмечается некроз слизистой оболочки геморроидальных узлов, отёчность и гиперемия кожи вокруг

анального канала. Пальцевое исследование прямой кишки невозможно из-за боли.

Анализ крови: эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 125 г/л, цветной показатель – 0,8, лейкоциты $6,4 \cdot 10^9/л$, СОЭ 17 мм/ч.

Анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, прозрачность слабо-мутная, относительная плотность - 1005, реакция кислая, эпителий плоский 2-3 в поле зрения, лейкоциты 2-5 в поле зрения, белок отрицательный.

ПТИ 95 %. Реакция Вассермана – отрицательная. Сахар крови 5,9 ммоль/л.

Выставлен диагноз: Тромбированный геморрой III степени тяжести.

Больной 22.01.2016 года под сакральной анестезией произведена операция – геморроидэктомия по предложенной нами методике. Послеоперационное течение гладкое. Гистологическое исследование №12900-1 – геморроидальный узел с тромбозом сосудов. Выписана в удовлетворительном состоянии домой на амбулаторное долечивание 30.01.2016 г.

Так из 354 больных, основной группы, с осложненными формами геморроя у 125 (35,5 %) пациентов был хронический геморрой, осложненный кровотечением и постгеморрагической анемией, у 115 (32,3%) – хронический геморрой IV стадии с выпадением внутренних узлов и слизистой оболочки прямой кишки, у 114 (32,2%) – тромбированный геморрой III степени тяжести. Все эти пациенты были оперированы по предложенной нами усовершенствованной методике геморроидэктомии (Заявка на изобретение № 20170067.1 от 31 июля 2017 года). Прежде чем больных оперировать, пациентам с постгеморрагической анемией была проведена гемостатическая терапия в виде назначения 5 % аминокaproновой кислоты по 100,0 мл внутривенно 2 раза в день, этамзилат натрия по 2 мл x 2 раза в день, внутримышечно. Больным внутривенно переливали свежзамороженную плазму, реополиглюкин, рефортан, стабизол, 5 % раствор глюкозы, 0,9 %

физиологический раствор, внутрь назначали препараты железа. Тем больным, у которых содержание гемоглобина было ниже 70 г/л переливали, кроме вышеперечисленных медикаментозных средств, ещё одноклеточную эритроцитарную массу в количестве от 500 мл до 1000 мл. После поднятия уровня гемоглобина до 90 г/л и более, больных брали на операцию. Причём переливание кровезаменителей продолжали во время и после оперативного вмешательства.

Учитывая возможность возникновения кровотечения из геморроидальных узлов, во время подготовки кишечника к операции у больных с постгеморрагической анемией, мы ограничивались двумя очистительными клизмами за 2-3 часа до оперативного вмешательства. А у больных с хроническим геморроем IV стадии с постоянным выпадением внутренних геморроидальных узлов и слизистой прямой кишки, а также у пациентов с тромбированным геморроем III степени кишечник к операции подготавливали при помощи дюфалака по следующей схеме: накануне операции в 14.00 часов больной выпивал 30 мл дюфалака, потом в 16.00 часов так же выпивал 30 мл дюфалака, а в 19.00 часов вечера 120 мл дюфалака разводилось в одном литре тёплой воды и этот раствор выпивался в течении часа, утром в день операции ставили одну очистительную клизму. Больному после такой подготовки кишечника к операции, за 40 минут до хирургического вмешательства осуществляли премедикацию, вводили внутримышечно Sol.Promedoli 2 %-1,0 + Sol.Sibasoni 5 %-2,0 + Sol.Dimedroli 1 %-1,0 + Sol.Atropini sulfati 0,1 %-0,5. Такая премедикация облегчает проведение обезболивания. Сперва проводили сакральную анестезию при положении больного на левом боку. Потом больного укладывали на гинекологическое кресло (Рис. 8). Такое положение создаёт хороший обзор и свободу действий для хирурга и его помощников. После чего осуществляли обработку операционного поля антисептиком.

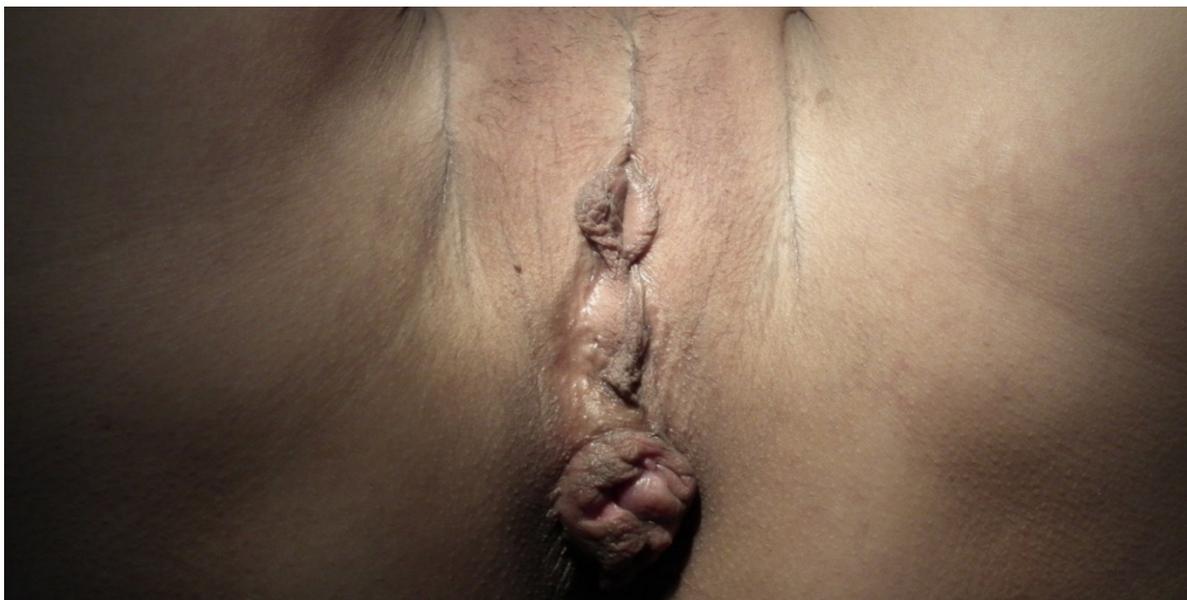


Рис. 8. Больной на операционном столе.

Обработку операционного поля с 0,5 % спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата начинали с прямой кишки. После трёхкратной обработки прямой кишки тупферами смоченными 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата приступали к обработке кожи промежности и внутренних поверхностей ягодиц тупферами смоченными этим же раствором антисептика. На рисунке 9 показано операционное поле после обработки антисептиком.

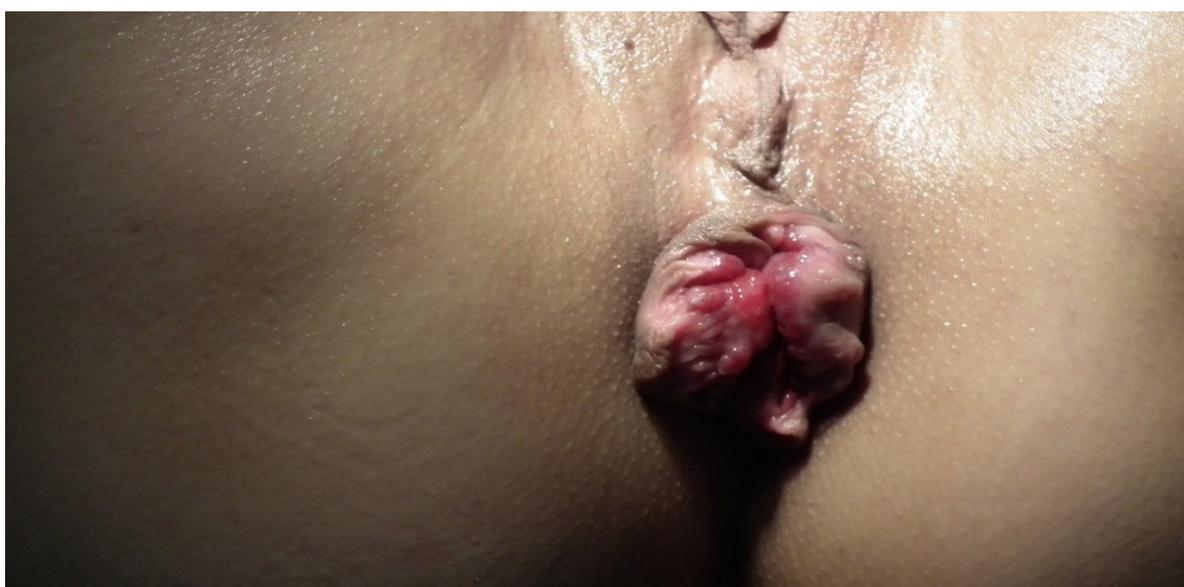


Рис. 9. Операционное поле после обработки.

Отграничение операционного поля осуществляли следующим образом: под ягодицы больного подкладывали стерильную простыню или клеенку, после чего укрывали нижние конечности по отдельности стерильными простынями, края которых друг с другом укрепляли цапками (Рис. 10). Операцию осуществляли бригадой состоявшей из хирурга, ассистента, операционной сестры. Ассистент находился слева от хирурга, а операционная сестра справа от оперирующего хирурга.



Рис. 10. Операционное поле отграничено стерильным бельём.

После чего ректальным зеркалом плавно осуществляли умеренную дивульсию анального сфинктера до соприкосновения ручек ректального зеркала (Рис. 11).

Затем осуществляли осмотр стенок анального канала и дистальной части прямой кишки. После чего на внутренние геморроидальные узлы, расположенные на 3-7-11-ти «часах по условному циферблату» накладывали геморроидальные щипцы Люэра (Рис. 12).

Начинали иссечение геморроидальных узлов с геморроидального узла, расположенного на 3-х часах.



Рис. 11. Момент дивульсии сфинктера заднего прохода.



Рис. 12. Момент захватывания геморроидальных узлов зажимами Люэра.

При этом на основание геморроидального узла накладывали зажим Бильрота в радиальном направлении по отношению к анальному каналу снаружи внутрь с таким расчётом, чтобы концы браншей зажима не доходили до сосудистой ножки, располагающейся на расстоянии 0,5 см от верхней части узла (Рис. 13).

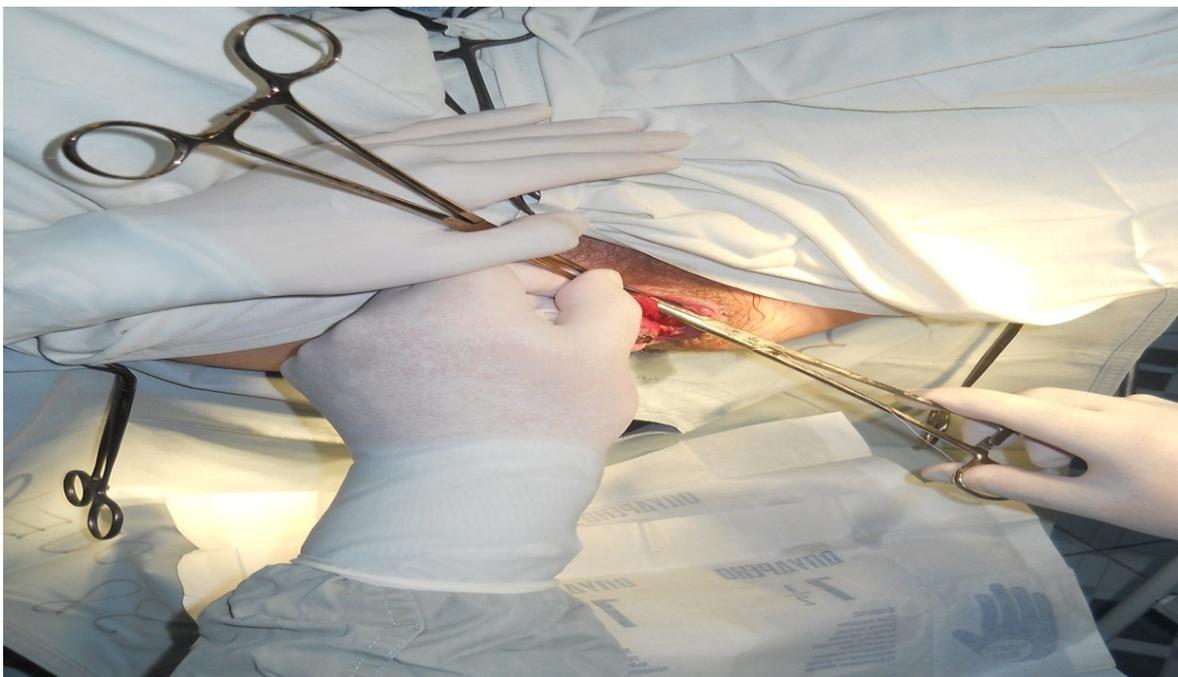


Рис.13. Момент наложения зажима Бильрота на основание геморроидального узла.

Над зажимом иссекали геморроидальный узел до сосудистой ножки, которую прошивали длительно рассасывающейся нитью и завязывали. Узел полностью иссекали на 0,3 см выше места прошивания и лигирования (Рис.14). После снятия зажима Бильрота культю сосудистой ножки геморроидального узла погружали в подслизистый слой под углом 90° . Затем отдельными узловыми рассасывающимися нитями ушивали наглухо рану в анальном канале с захватом дна раны в радиальном направлении. Линию швов обрабатывали спиртом. Таким же образом иссекали два остальных геморроидальных узла, расположенных на 7 и 11 часах, оставляя между линиями швов участок неповрежденной слизистой оболочки.

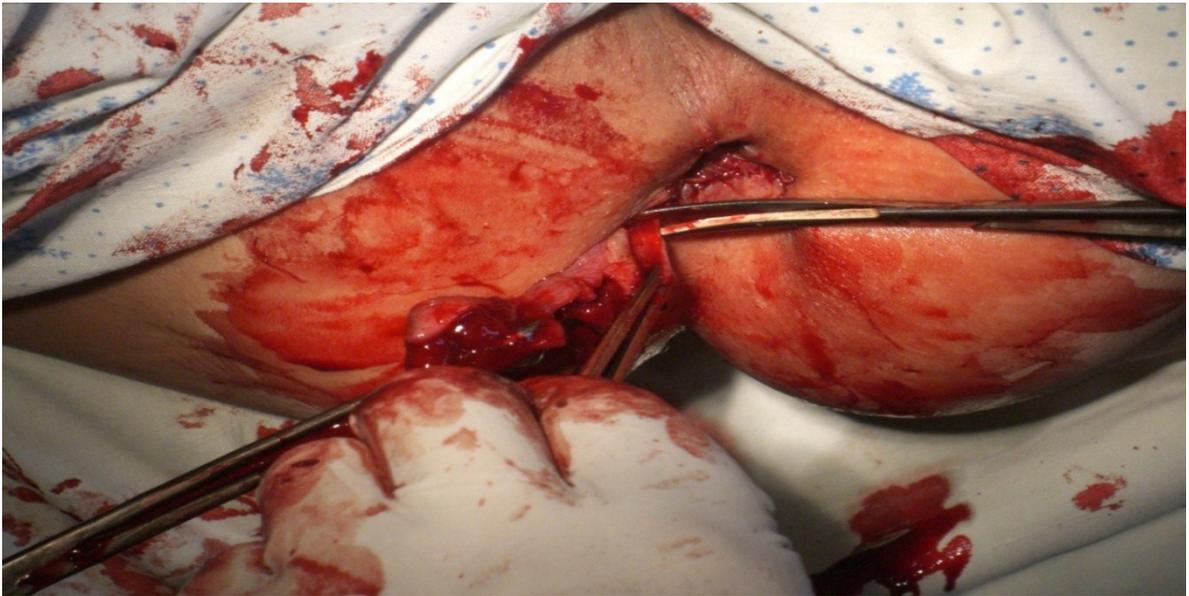


Рис. 14. Момент отсечения внутреннего геморроидального узла.

Наружные геморроидальные узлы, которые не всегда соответствуют по локализации внутренним узлам, иссекали поочередно с ушиванием образовавшихся ран отдельными швами из рассасывающихся нитей. После такой операции раны приобретают линейные формы, расположенные радиально от заднего прохода (Рис.15).



Рис. 15. Окончательный вид раны.

В прямую кишку вставляли узкую марлевую полоску, пропитанную мазью «Левомеколь» (Рис. 16).



Рис. 16. Конец операции.

После операции назначали медикаментозные средства, стул не задерживаем. Разрешаем пить жидкость без ограничения, назначаем бесшлаковую диету (бульон, кефир, яйца). Начиная с 3 дня, больным назначаем диету №1, вазелиновое масло по 30 мл 3 раза в день, чтобы вызвать стул. В послеоперационном периоде назначали 2 % раствор промедола по 1,0 мл внутримышечно. Со второго дня после операции назначаем ненаркотические обезболивающие. Первую перевязку производим на следующий день после операции. При этом осторожно удаляем введённую в анальный канал марлевую салфетку. Кожу вокруг ран обрабатываем 70 % спиртом и накладываем в область ануса повязку с мазью «Левомеколь». Больным разрешаем ходить. Перевязки производим ежедневно, после гигиенической ванны слабым раствором перманганата калия. Во время перевязки, начиная с 3 дня, в прямую кишку вставляем свечи «Релиф аванс». На 5 и 7 дни контролируем состояние стенок заднепроходного

канала, прямой кишки, производя пальцевое исследование прямой кишки. При благоприятном течении послеоперационного периода больные на 7-8 сутки выписываются домой. Больным рекомендуется продолжать применять свечи «Релиф адванс», свечи с облепиховым маслом, осуществлять повязки с индифферентными мазями до полного заживления ран. Важным моментом является наблюдение у врача в течение 1 месяца после операции. В этот период врач должен 3-4 раза произвести пальцевое исследование прямой кишки. При благоприятном течении послеоперационного периода трудоспособность восстанавливается через 25-30 дней после операции.

При применении предложенной нами методики геморроидэктомии при осложненных формах геморроя из-за того, что культя сосудистых ножек иссеченных внутренних геморроидальных узлов погружаются в подслизистый слой, вероятность развития кровотечения в послеоперационном периоде многократно снижается. Так среди больных основной группы кровотечения из послеоперационных ран в первые дни после операции наблюдались у 2 (0,6%) пациентов.

В послеоперационном периоде у 160 (45,2%) больных основной группы наблюдали довольно выраженный болевой синдром, потребовавший назначения наркотических препаратов, а остальные пациенты не нуждались в назначении наркотических обезболивающих, они ограничивались получением ненаркотических анальгетиков.

Приведём один из таких примеров: Больная Н., 32 года (медицинская карта стационарного больного № 25457 / 1262), поступила в проктологическое отделение НГ при МЗ КР 22.07.2016 года. Больная предъявляла жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, кровотечение при акте дефекации. Пациентка, появление крови при дефекации, впервые заметила 10 месяцев назад. Лечилась у хирурга по месту жительства консервативно, без особого эффекта. Несмотря на проведенное лечение

кровотечения при акте дефекации не прекращались. В связи с этим больная была направлена в отделение проктологии НГ при МЗ КР.

Общее состояние больной удовлетворительное, кожа и видимые слизистые бледноватой окраски, ЧСС 80 в минуту, А/Д 110/70 мм.рт.ст.

Местно: в области ануса на 3-7-11 «часах по условному циферблату», при пальцевом исследовании прямой кишки и ректороманоскопии определяются выраженные внутренние геморроидальные узлы, которые при дотрагивании кровоточат.

В анализе крови от 22.07.2016 года: эритроциты $3,85 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 86 г/л, цветной показатель – 0,7, лейкоциты $6,4 \cdot 10^9/л$, СОЭ 9 мм/ч.

Выставлен диагноз: Хронический геморрой III стадии, осложненный кровотечением. Постгеморрагическая анемия средней тяжести.

Больной перелито: аминокaproновая кислота 5 % - 200,0 мл, инфезол 750,0 мл внутривенно, сделан этамзилат натрия 4,0 внутримышечно.

23.07.2016 года под сакральной анестезией произведена геморроидэктомия по предложенной нами модифицированной методике. Больная в послеоперационном периоде, с целью снятия болевого синдрома, получала кетонал 2,0 + раствор анальгина 50% - 2,0 + раствор димедрола 1% - 1,0 - внутримышечно. Больная в удовлетворительном состоянии выписана домой 01.08.2016 г. Рекомендованы гигиенические ванночки и перевязки с индифферентными мазями до полного заживления ран.

Из 354 больных в послеоперационном периоде у 6 (1,7%) пациентов в первый день после операции наступала рефлекторная задержка мочеиспускания. Мы обратили внимание на то, что рефлекторная задержка мочеиспускания наблюдалась у мужчин старше 50 лет. Поэтому мы считаем, что одной из причин такой задержки мочеиспускания является гиперплазия предстательной железы. В связи с этим, в последнее время, с целью

профилактики задержки мочеиспускания, больным старше 50 лет стали назначать омник по 1 капсуле 1 раз в день внутрь.

У 36 (10,2 %) пациентов во время первой перевязки на следующий день после операции, во время удаления марлевой салфетки из прямой кишки отмечено очень скудное выделение сукровичной жидкости.

Из 354 пациентов основной группы, только у 32 (9%) больных в ближайшие послеоперационные дни отмечали затруднение во время дефекации. При изучении причины этого явления выяснено, что эти больные страдали запором до операции.

Среди больных основной группы, во время первого акта дефекации на 3-4 сутки послеоперационного периода отмечали болезненность 39 (11%) пациентов, а на 7-8 день тупую боль отмечали 56 (15,8%) человек.

Местная ректальная термометрия, проведенная на 3-5-7 сутки у 170 (48%) больных основной группы дала следующие показатели $37,2^{\circ}\pm 0,1^{\circ}$, $37,5^{\circ}\pm 0,2^{\circ}$, $37,1^{\circ}\pm 0,1^{\circ}$ соответственно. Больные в отделении на лечении, в среднем, находились $7,74\pm 0,074$ койко-дней ($P<0,05$). После выписки из стационара больные находились под наблюдением у врача-хирурга в течение 15-20 дней, за это время больным 3-4 раза осуществляли пальцевое исследование прямой кишки с целью профилактики сужения заднепроходного отверстия.

Примером этому может служить: Больной Д., 28 лет (медицинская карта стационарного больного № 27364 /1352), поступила в проктологическое отделение НГ при МЗ КР 19.03.2016 года. При поступлении в стационар больная жаловалась на выпадение внутренних геморроидальных узлов и появление крови при акте дефекации, слабость, одышку при физической нагрузке, головокружение. Со слов, геморроем страдает в течение 5 лет. Неоднократно лечилась консервативно. За последний год кровотечения при дефекации усилились. В связи с чем, обратилась в отделение проктологии НГ при МЗ КР.

Объективно: кожа и видимые слизистые бледные, ЧСС 84 в минуту, А/Д 110/70 мм.рт.ст. Со стороны внутренних органов без патологии.

Локально: в области ануса выраженные наружные и внутренние геморроидальные узлы, при натуживании внутренние узлы выпадают кнаружи и кровоточат. При пальцевом исследовании прямой кишки и ректоскопически на 3-7-11 часах в области заднего прохода определяются выраженные внутренние геморроидальные узлы, поверхность узлов эрозирована, при дотрагивании кровоточат.

В анализе крови от 19.03.2016 года имеются следующие показатели: эритроциты $2,8 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 67 г/л, цветной показатель – 1,0, лейкоциты $3,0 \cdot 10^9/л$, время свёртывания крови: начало 1.00, конец 1.40, СОЭ 4 мм/ч.

Выставлен диагноз: Хронический геморрой III стадии, осложненный кровотечением. Постгеморрагическая анемия.

Больной перелито: инфезол 500 мл внутривенно (дважды), одноклассовая эритроцитарная масса 250,0 мл внутривенно, назначен ферроплекс.

19.03.2016 года под сакральной анестезией произведена геморроидэктомия по предложенной нами модифицированной методике. В послеоперационном периоде больная получала ненаркотические анальгетики, ежедневные перевязки и ферроплекс.

Повторный анализ крови от 27.03.2016 года показал следующий результат: эритроциты $3,84 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 105 г/л, цветной показатель – 0,8, лейкоциты $4,1 \cdot 10^9/л$, СОЭ 7 мм/ч.

29.03.2016 года больная в удовлетворительном состоянии выписана домой. Пациентке, после выписки из отделения, 3 раза через каждые четыре дня производилось пальцевое исследование прямой кишки с целью

профилактики сужения заднепроходного отверстия. За это время у больной никаких осложнений не наблюдалось.

Отдалённые результаты хирургического лечения больных осложненным геморроем по модифицированной методике проанализированы у 250 (70%) пациентов из 354. Среди 250 больных в отдалённые сроки у 5 (2%) пациентов отмечено периодическое выделение крови в незначительном количестве во время дефекации. Этим больным было рекомендовано отрегулировать стул, исключить острую пищу и назначен приём дицинона по 1 таблетке 3 раза в день в течение 3 дней, свечи «Натальсид» - по 1 свече 2 раза в день в течение 10 дней и повязки на область ануса с гелем «Троксевазин» - 2-3 раза в день в течение 10 дней. После такого лечения выделения крови из прямой кишки прекратились. У трёх (1,2%) больных через 6 месяцев после операции во время обследования выявлена стриктура заднепроходного отверстия. После 4-кратного бужирования анального канала и курса электрофореза с лидазой на область ануса №10, стриктуру удалось устранить. Среди больных этой группы случаев снижения тонуса анального сфинктера не обнаружено. У двух (0,8%) пациентов через 9 месяцев после операции установлен диагноз: Анальная трещина. Проведено консервативное лечение, трещина зажила. Через один год на незначительную боль при дефекации жаловались 3 (1,2%) больных. Этим больным назначен курс лечения свечами «Релиф адванс» и физиолечение.

Таким образом, проведенный анализ результатов хирургического лечения осложненного геморроя по предложенной нами модифицированной методике, показал значительное снижение процента осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдалённые сроки.

В связи с вышеизложенным считаем, что показанием к выполнению модифицированной методики геморроидэктомии являются осложненные формы геморроя. Такую операцию следует осуществлять после поднятия уровня гемоглобина выше 90 г/л у больных хроническим геморроем,

осложненном постгеморрагической анемией, хроническим геморроем IV стадии с постоянным выпадением внутренних узлов вместе со слизистой оболочкой прямой кишки в плановом порядке, а при больших размерах тромбированного геморроя в первые 48-72 часа от начала заболевания.

ГЛАВА 5. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ГЕМОРРОЯ ПУТЁМ ТРАДИЦИОННОЙ ЗАКРЫТОЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ И УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МЕТОДИКОЙ

При оценке результатов хирургического лечения осложненных форм геморроя следует учитывать прекращение кровотечения, выпадение геморроидальных узлов, сроки заживления послеоперационных ран в области ануса, восстановление гемодинамических показателей, частоту осложнений в ближайшем и отдалённом сроках после операции.

При анализе ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения осложненного геморроя у 694 больных, разделенных на две исследуемые группы, исходя из примененных методов оперативного вмешательства, мы учли случаи возникновения кровотечения из ран анального канала, выраженность послеоперационного болевого синдрома, показатели местной ректальной термометрии, выделение крови во время первой перевязки, боль во время дефекации на 3-4 сутки после операции, рефлекторную задержку мочеиспускания, развитие острого парапроктита, затруднение акта дефекации, длительность пребывания больных на стационарном лечении, а также возникновение сужения заднепроходного отверстия, нарушение функции держания и появление трещины анального канала, выделение алой крови в небольшом количестве после дефекации, незначительную боль при дефекации. Для проведения сравнительного анализа результатов хирургического лечения осложненного геморроя применены – традиционная закрытая геморроидэктомия и предложенная нами усовершенствованная методика геморроидэктомии. В обоих случаях радикально иссекаются геморроидальные узлы, расположенные на 3-7-11 «часах по условному циферблату».

Такой анализ показал, что в послеоперационном периоде у больных, перенесших операцию – традиционную закрытую геморроидэктомию,

значительно чаще возникают различные осложнения по сравнению с предложенной нами модифицированной методикой геморроидэктомии.

Как было изложено выше, контрольную группу составили 340 (49%) больных, а основную группу 354 (51%) пациентов, страдающих осложненными формами геморроя. В послеоперационном периоде у 7 (2%) больных контрольной группы отмечены кровотечения. При ревизии послеоперационных ран у этих больных выяснено, что причиной кровотечения является расхождение швов раны в области отсеченного геморроидального узла, расположенного на 11 «часах по условному циферблату», это потребовало повторного ушивания кровоточащей раны. Среди больных основной группы такое осложнение наблюдалось у 2 (0,6%) пациентов. Уменьшение количество кровотечения объясняется тем, что в анальном канале отсутствуют культы сосудистых ножек геморроидальных узлов. Следует отметить ещё одно обстоятельство – на следующий день во время первой перевязки, когда удаляли марлевую салфетку из прямой кишки, отмечено незначительное выделение крови из прямой кишки у 98 (28,8%) больных контрольной группы и у 36 (10,2%) пациентов основной группы.

В первый день после операции выраженный болевой синдром, среди больных контрольной группы отмечен у 210 (61,8%) пациентов. Кроме того, довольно острый болевой синдром отмечали 107 (31,5%) больных контрольной группы во время первого акта дефекации на 3-4 сутки послеоперационного периода.

В тоже время среди больных основной группы только 160 (45,2%) пациентов, в первые сутки после операции, жаловались на выраженный болевой синдром, а на 3-4 сутки во время первого акта дефекации болезненность отмечали 39 (11%) пациентов. Боль фактически исчезла на 7-8 сутки после операции у всех больных.

Это объясняется отсутствием культей сосудистых ножек иссеченных геморроидальных узлов в анальном канале у больных основной группы, поэтому в анальном канале воспалительный процесс носит невыраженный характер. Такое явление объективизируется при осуществлении местной ректальной термометрии в анальном канале у 160 (47%) больных контрольной группы и 170 (48%) пациентов основной группы на 3-5-7 сутки после операции. При этом выяснено, что средние показатели местной ректальной термометрии равнялись $37,3^{\circ}\pm 0,2^{\circ}$, $37,7^{\circ}\pm 0,3^{\circ}$, $37,2^{\circ}\pm 0,1^{\circ}$ у больных контрольной группы, а у пациентов основной группы эти показатели составили $37,2^{\circ}\pm 0,1^{\circ}$, $37,5^{\circ}\pm 0,2^{\circ}$, $37,1^{\circ}\pm 0,1^{\circ}$ на 3-5-7 сутки после операции (Таблица 14).

Таблица 14- Средние показатели термометрии анального канала у больных контрольной и основной группы ($M\pm m$).

Сутки	Исследуемые группы больных	
	Контрольная n=160	Основная n=170
3	$37,3^{\circ}\pm 0,2^{\circ}$	$37,2^{\circ}\pm 0,1^{\circ}$
5	$37,7^{\circ}\pm 0,3^{\circ}$	$37,5^{\circ}\pm 0,2^{\circ}$
7	$37,2^{\circ}\pm 0,1^{\circ}$	$37,1^{\circ}\pm 0,1^{\circ}$

Из таблицы видно, что интенсивность воспалительного процесса в анальном канале в послеоперационном периоде у больных контрольной группы более выражена, чем у пациентов основной группы. Такая разница объясняется наличием культей сосудистых ножек отсеченных геморроидальных узлов в анальном канале у больных контрольной группы.

Необходимо подчеркнуть, что после операции в области заднепроходного отверстия иногда наступает рефлекторная задержка мочеиспускания. Такая задержка мочи среди больных контрольной группы наблюдалась у 17 (5%) пациентов, а среди больных основной группы у 6 (1,7%) пациентов. Следует

отметить, что такое явление встречается чаще у лиц старше 50 лет. Мы считаем, что это в какой-то мере, по-видимому, связано с гиперплазией предстательной железы. Первый стул обычно наступал на 3-4 день после операции, но 79 (23,2%) больных контрольной группы жаловались на затрудненный первый акт дефекации, а среди пациентов основной группы такое наблюдалось у 32 (9%) пациентов (Таблица 15). У двух (0,59%) больных контрольной группы в послеоперационном периоде развился острый подкожный парапроктит, потребовавший радикальное вскрытие гнойника. Такое осложнение среди больных основной группы не наблюдалось.

Таблица 15–Сравнительная оценка осложнений в ближайшем послеоперационном периоде в исследуемых группах.

Характер осложнений	Контрольная группа		Основная группа		P
	n=340	%	n=354	%	
Кровотечения из ран анального канала	7	2	2	0,6	0,066
Острый парапроктит	2	0,59	0	0	0,461
Выраженный болевой синдром	210	61,8	160	45,2	0,000
Выделение крови во время первой перевязки	98	28,8	36	10,2	0,000
Боль во время дефекации на 3-4 сутки после операции	107	31,5	39	11,0	0,000
Рефлекторная задержка мочеиспускания	17	5,0	6	1,7	0,026
Затруднение акта дефекации	79	23,2	32	9,0	0,000

Длительность пребывания больных на стационарном лечении чаще всего зависит от наличия или отсутствия послеоперационных осложнений.

Больные контрольной группы на стационарном лечении находились в среднем $10,34 \pm 0,063$ койко-дней, а пациенты основной группы $7,74 \pm 0,074$ койко-дней ($P < 0,05$). С другой стороны у больных, у которых раны ушиты довольно длительно рассасывающимися нитями не наблюдается расхождение швов и раны в основном заживают первичным натяжением, а в тех случаях, когда раны ушивались быстро-рассасывающимся шовным материалом, мы наблюдали расхождение швов на 6-7 сутки и заживление ран вторичным натяжением. Это тоже удлиняет сроки лечения больных после геморроидэктомии.

Нами также в сравнительном аспекте изучены отдалённые результаты хирургического лечения осложненного геморроя. Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 269 (79%) пациентов контрольной группы и у 250 (70 %) больных основной группы в сроки от шести месяцев до двух лет.

Из-за того, что культы сосудистых ножек иссеченных внутренних геморроидальных узлов погружались в подслизистый слой среди больных основной группы осложнений было меньше по сравнению с пациентами контрольной группы. Так у 12 (4,46%) больных контрольной группы в отдаленные сроки наблюдалось выделение алой крови в небольшом количестве после дефекации, а среди пациентов основной группы такое осложнение имело место у 5 (2%) человек.

Через один год из 269 пациентов контрольной группы у 9 (3,34%) больных отмечено сужение заднего прохода, а среди 250 больных основной группы сужение заднепроходного отверстия наступило у троих (1,2%) пациентов. Через 6 месяцев после операции четверо (1,49%) больных из контрольной группы обратились с жалобами на недержание газов. Такое осложнение

среди пациентов основной группы мы не встречали (Таблица 16). У шести (2,23%) больных контрольной группы через два года после операции возникла анальная трещина. Среди больных основной группы такое осложнение наблюдалось у двух (0,8%) пациентов. В отдаленные сроки незначительную боль при дефекации отмечали 11 (4,09%) больных контрольной группы и 3 (1,2%) пациентов основной группы.

Таблица 16–Сравнительная оценка отдаленных результатов хирургического лечения геморроя в основной и контрольной группах.

Характер осложнений	Контрольная группа		Основная группа		P
	n=269	%	n=250	%	
Выделение алой крови в небольшом количестве после дефекации	12	4,46	5	2,0	0,184
Стриктура заднего прохода	9	3,34	3	1,2	0,183
Возникновение анальной трещины	6	2,23	2	0,8	0,334
Незначительная боль при дефекации	11	4,09	3	1,2	0,079
Нарушение функции держания	4	1,49	0	0	0,152

Таким образом, проведенный сравнительный анализ результатов хирургического лечения осложненных форм геморроя показал, что предложенная и применённая нами модифицированная методика геморроидэктомии позволяет добиться благоприятного течения послеоперационного периода. При применении этой методики геморроидэктомии до минимального уровня снижается осложнений во время проведения оперативного вмешательства, а также в ближайшем послеоперационном периоде и в отдалённые сроки. Полученные

хорошие результаты лечения по предложенной нами методике геморроидэктомии позволяет рекомендовать её применять при осложненном геморрое в колопроктологических и хирургических отделениях лечебно-профилактических организаций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как было указано во введении и в обзоре литературы наиболее частыми осложнениями геморроя являются непрекращающееся кровотечение из анального канала, приводящее к анемии, постоянное выпадение внутренних геморроидальных узлов со слизистой оболочкой прямой кишки, тромбоз геморроидальных узлов с распространением воспалительного процесса на дистальную часть анального канала и ткани перианальной области.

До сегодняшнего дня обсуждается вопрос: нужно ли сразу предпринять радикальное хирургическое вмешательство при осложненных формах геморроя или сначала провести консервативные мероприятия, направленные на устранение анемии, снятие воспалительного процесса и потом осуществить радикальную геморроидэктомию ?

В таких случаях мнения разных авторов расходятся. Одни авторы предлагают сразу же осуществлять операцию – традиционную закрытую геморроидэктомию при наступлении осложнений геморроя, а другие авторы рекомендуют сперва откорректировать анемию, снять воспалительный процесс и потом в плановом порядке осуществлять хирургическое вмешательство. В связи с этим установление сроков проведения оперативного вмешательства при осложненных формах геморроя, а так же поиск эффективной тактики и рациональной техники хирургического лечения осложненного геморроя, приводящие к уменьшению осложнений в ближайшем послеоперационном и в отдаленном периодах является актуальным.

Данная диссертационная работа основана на результатах обследования и хирургического лечения 694 больных осложненным геморроем, находившихся в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики с 2015 года по 2017 год. Эти 694 пациента были разделены на две исследуемые группы в

зависимости от применявшихся методов хирургического вмешательства. Эффективность проведенного лечения определена путем проведения сравнительной оценки между этими двумя исследуемыми группами.

В основную группу были включены 354 (51%) больных осложненным геморроем, оперированных по предложенной и внедренной нами в клиническую практику модифицированной методикой геморроидэктомии. В контрольную группу вошли 340 (49%) пациентов с осложненным геморроем, оперированных путём геморроидэктомии с восстановлением слизистой анального канала (традиционная закрытая геморроидэктомия).

Возраст больных, получивших стационарное лечение, был от 17 до 85 лет. Лиц мужского пола было 438 (63,1%), а женского пола 256 (36,9%). Причем осложненный геморрой чаще встречался у больных наиболее трудоспособного возраста, т.е. от 21 года до 60 лет, их было 653 (94,1%) человека. Из 694 больных у 256 (36,9%) пациентов был хронический геморрой, осложненный кровотечением и постгеморрагической анемией, у 224 (32,4%) человек был хронический геморрой IV стадии с постоянным выпадением внутренних узлов, вместе со слизистой оболочкой прямой кишки, у 214 (30,7 %) – был тромбированный геморрой III степени тяжести.

Нами для обследования больных были применены общеклинические, инструментальные и специальные методы исследования. Так всем больным осуществляли общий анализ крови и мочи, гистологическое исследование иссеченных геморроидальных узлов, 480 (69,1%) – пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию, ректороманоскопию, 41 (5,9%) – ирригоскопию, 62 (9,0 %) – колоноскопию, 300 (43,2%) – сфинктерометрию, 330 (47,5%) – ректальную термометрию на 3-5-7 сутки после операции, 394 (56,9%) пациентам исследовали протромбиновый индекс, количество тромбоцитов и время свёртывания крови по Моравицу. Кроме того, по показаниям 358 (51,6%) больным осуществлялась электрокардиография, а у 346 (49,8%) пациентов производили рентгенографию органов грудной клетки.

Из 694 пациентов 340 (49%) больных контрольной группы оперированы путем геморроидэктомии с восстановлением слизистой анального канала (традиционная закрытая геморроидэктомия), а 354 (51%) больных основной группы оперированы по предложенной нами усовершенствованной методике. Разработанная нами и внедренная в клиническую практику усовершенствованная методика геморроидэктомии заключалась в следующем: больному после предоперационной подготовки и премедикации осуществляли сакральную анестезию, после чего больного укладывали на гинекологическое кресло. После обработки операционного поля и отграничения его стерильными простынями осуществляли дивульсию анального сфинктера браншами ректального зеркала. После чего на внутренние геморроидальные узлы, расположенные на 3-7-11-ти часах по циферблату, накладывали геморроидальные щипцы Люэра. Начинали иссечение геморроидального узла, расположенного на 3-х часах. При этом на основание геморроидального узла накладывали зажим Бильрота в радиальном направлении по отношению к анальному каналу снаружи внутрь с таким расчетом, чтобы концы браншей зажима не доходили до сосудистой ножки, располагающейся на расстоянии 0,5 см. от верхней части узла. Над зажимом иссекали геморроидальный узел до сосудистой ножки, сосудистую ножку прошивали длительно рассасывающейся нитью и завязывали. Узел полностью иссекали на 0,3 см. выше места прошивания и лигирования. После снятия зажима Бильрота культю сосудистой ножки иссеченного геморроидального узла погружали в подслизистый слой под углом 90°. Затем отдельными узловыми рассасывающимися нитями ушивали наглухо рану анального канала с захватом дна раны в радиальном направлении. Таким же образом иссекали два остальных геморроидальных узлов, расположенных на 7 и 11 часах. Наружные геморроидальные узлы иссекали поочередно с ушиванием образовавшихся ран отдельными швами из рассасывающихся нитей. После такой операции раны приобретают линейные формы, расположенные радиально от заднего прохода.

Для оценки ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения осложненного геморроя проведен сравнительный анализ исходов применённых двух способов оперативного вмешательства: геморроидэктомии с восстановлением слизистой анального канала и предложенной нами модифицированной методики геморроидэктомии. При анализе результатов хирургического лечения осложненного геморроя нами были учтены: случаи возникновения кровотечения в послеоперационном периоде, выраженность послеоперационного болевого синдрома, показатели местной ректальной термометрии, рефлекторная задержка мочеиспускания, длительность пребывания больных на стационарном лечении, а также выделение крови во время первой перевязки, боль во время первой дефекации на 3-4 сутки после операции, развитие острого парапроктита, затруднение акта дефекации, возникновение сужения заднепроходного отверстия, нарушение функции держания, появление анальной трещины, выделение алой крови в небольшом количестве после дефекации, а так же незначительную боль при дефекации.

Такой анализ показал, что в послеоперационном периоде у больных, перенесших традиционную закрытую геморроидэктомию, значительно чаще возникают различные осложнения, по сравнению с предложенным и внедренным нами в клиническую практику модифицированным способом геморроидэктомии.

Анализ материала показал, что у 7 (2%) больных контрольной группы возникло кровотечение в послеоперационном периоде. При ревизии послеоперационных ран у этих больных выяснено, что причиной кровотечения является расхождение швов, наложенных на рану в области культи сосудистых ножек одного из отсеченных внутренних геморроидальных узлов, что потребовало повторного ушивания кровоточащей раны. Среди больных основной группы такое осложнение наблюдалось у 2 (0,6%) пациентов. Уменьшение количество кровотечения

объясняется тем, что в анальном канале больных, перенесших операцию по усовершенствованной методике, отсутствуют культы сосудистых ножек иссеченных внутренних геморроидальных узлов.

Следует ещё отметить, что на следующий день во время первой перевязки, когда удаляли марлевую салфетку из анального канала, отмечено незначительное выделение крови из прямой кишки у 98 (28,8%) больных контрольной группы и у 36 (10,2%) пациентов основной группы.

В первый день после операции выраженный болевой синдром отмечен у 210 (61,8%) больных контрольной группы и у 160 (45,2%) пациентов основной группы. В послеоперационном периоде во время первой дефекации боль возникла у 107 (31,5%) больных контрольной группы и у 39 (11%) пациентов основной группы. Боль фактически исчезала на 7-8 сутки после операции у всех больных. Такая разница объясняется отсутствием культей сосудистых ножек иссеченных внутренних геморроидальных узлов в анальном канале у больных основной группы. У этих больных воспалительный процесс в анальном канале носит невыраженный характер. Такой факт подтверждается местной ректальной термометрией, осуществленной у 160 (47%) больных контрольной группы и у 170 (48%) пациентов основной группы на 3-5-7 сутки после операции. При этом было выяснено, что средние показатели местной ректальной термометрии равнялись $37,3^{\circ}\pm 0,2^{\circ}$, $37,7^{\circ}\pm 0,3^{\circ}$, $37,2^{\circ}\pm 0,1^{\circ}$ у больных контрольной группы и $37,2^{\circ}\pm 0,1^{\circ}$, $37,5^{\circ}\pm 0,2^{\circ}$, $37,1^{\circ}\pm 0,1^{\circ}$ у пациентов основной группы на 3-5-7 сутки послеоперационного периода.

Следует отметить, что после операции в анальном канале иногда наступает рефлекторная задержка мочеиспускания. Такая задержка мочеиспускания возникла у 17 (5%) больных контрольной группы и у 6 (1,7%) пациентов основной группы.

Обычно первый стул наступал на 3-4 день после операции, но 79 (23,2%) больных контрольной группы и 32 (9%) пациентов основной группы

предъявляли жалобы на затрудненный первый акт дефекации. У двух (0,59%) больных контрольной группы в послеоперационном периоде развился острый подкожный парапроктит, потребовавший радикальное вскрытие гнойника. Такое осложнение среди больных основной группы не наблюдалось.

Больные контрольной группы в отделении на лечении в среднем находились $10,34 \pm 0,063$ койко-дня, а пациенты основной группы $7,74 \pm 0,074$ койко-дня ($P < 0,05$).

Нами в сравнительном аспекте изучены также отдалённые результаты хирургического лечения осложненного геморроя. Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 269 (79%) пациентов контрольной группы и у 250 (70%) больных основной группы в период от шести месяцев до двух лет после операции. Из-за того, что культы сосудистых ножек иссеченных внутренних геморроидальных узлов погружались в подслизистый слой среди больных основной группы осложнений было меньше по сравнению с пациентами контрольной группы. Так у 12 (4,46%) больных контрольной группы в отдалённые сроки после дефекации наблюдалось выделение алой крови в небольшом количестве, а среди пациентов основной группы такое осложнение имело место только у 5 (2%) человек.

Через один год из 269 пациентов контрольной группы у 9 (3,34%) больных отмечено сужение заднего прохода, а из 250 больных основной группы сужение заднепроходного отверстия наступило у 3 (1,2%) пациентов.

Через 6 месяцев после операции четверо (1,49%) больных контрольной группы обратились с жалобами на периодическое недержание газов. Такое осложнение среди пациентов основной группы мы не встречали.

У 6 (2,23%) больных контрольной группы через два года после операции возникла анальная трещина. Среди больных основной группы такое осложнение наблюдалось у 2 (0,8%) пациентов. В отдаленные сроки

незначительную боль при дефекации отмечали 11 (4,09%) больных контрольной группы и 3 (1,2%) пациентов основной группы.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ результатов хирургического лечения осложненного геморроя показал, что предложенная и примененная нами модифицированная методика геморроидэктомии позволяет добиться благоприятного течения послеоперационного периода. При применении этой методики геморроидэктомии до минимального уровня снижается количество осложнений во время проведения оперативного вмешательства, в ближайшем послеоперационном периоде и в отдалённые сроки. Полученные хорошие результаты хирургического лечения по предложенной нами методике позволяют рекомендовать её применять при осложненном геморрое в колопроктологических и хирургических отделениях лечебно-профилактических организаций.

ВЫВОДЫ

1. Впервые в Кыргызской Республике разработана и внедрена в клиническую практику усовершенствованная методика геморроидэктомии при осложненном геморрое, заключающаяся в погружении культей сосудистых ножек иссеченных внутренних геморроидальных узлов в подслизистый слой.
2. Показанием к применению усовершенствованной методики геморроидэктомии являются осложненные формы геморроя.
3. Усовершенствованную методику геморроидэктомии следует выполнять при поднятии уровня гемоглобина выше 90 г/л. у больных хроническим геморроем, осложненным постгеморрагической анемией; при хроническом геморрое IV стадии с постоянным выпадением внутренних узлов вместе со слизистой оболочкой прямой кишки в плановом порядке, а при больших размерах тромбированного геморроя в первые 48-72 часа от начала заболевания.
4. Проведенная сравнительная оценка результатов хирургического лечения осложненного геморроя двумя методами в ближайшем послеоперационном и в отдаленном периодах, показала преимущества предложенного нами способа геморроидэктомии. Применение этого способа хирургического лечения осложненного геморроя позволило снизить кровотечение из ран анального канала с 2 % до 0,6 %, развития стриктуры заднего прохода с 3,34 % до 1,2 %, возникновение анальной трещины с 2,23 % до 0,8 %.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Лечение больных с осложненными формами геморроя необходимо начинать сразу же после их поступления в стационар.
2. В день поступления больных в стационар необходимо провести гемостатическую терапию, осуществить коррекцию гемодинамических нарушений, при необходимости перелить одногруппную эритроцитарную массу, назначить противовоспалительные и обезболивающие средства.
3. Больных с хроническим геморроем, осложненным постгеморрагической анемией, следует оперировать радикально при достижении уровня гемоглобина выше 90 г/л; с хроническим геморроем IV стадии с постоянным выпадением внутренних геморроидальных узлов со слизистой оболочкой прямой кишки следует оперировать в плановом порядке, а больных с тромбированным геморроем следует оперировать в случае если сроки с момента начала заболевания не превышают 48-72 часа.
4. Разработанную тактику лечения рекомендуется применять в колопроктологических и хирургических отделениях при осложненных формах геморроя с целью улучшения результатов оперативного вмешательства.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии / А.М.Аминев. – Куйбышев: Куйбышевское кн. изд – во, 1971. – Т. 2. – С.8–179.
2. Ан В.К. О профузных геморроидальных кровотечениях / В.К.Ан, В.А. Полукаров, Е.А.Левина // Сб. Проблемы колопроктологии . – М.: ГНЦ Колопроктологии, 2002. – Вып. 18. – С.34–36.
3. Ан В.К. Неотложная проктология / В.К.Ан, В.Л.Ривкин. – М., 2003. – 193 с.
4. Белаусова С.В. Тактика лечения больных геморроем, осложненным анемией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Белаусова Светлана Васильевна. – М., 2008. – 20 с.
5. Бесшовная геморроидэктомия / Л.А.Благодарный, Ю.А.Шелыгин, Л.М.Хмылов, В.Х.Соттаева // Колопроктология. – 2006. - №3. – С.8–12.
6. Благодарный Л.А. Как улучшить результаты хирургического лечения геморроя / Л.А.Благодарный, Ю.А.Шелыгин // Хирургия. Consiliummedicum. – 2006. - № 1. – С.49–52.
7. Благодарный Л.А. Склерозирующее лечение геморроя / Л.А.Благодарный, Ю.А.Шелыгин, И.В.Костарев // Колопроктология. - 2006. - № 3. – С.52–61.
8. Благодарный Л.А. Непосредственные и отдаленные результаты склерозирующего лечения геморроя / Л.А.Благодарный, Ю.А. Шелыгин, И.В.Костарев // Анналы хирургии. – 2008. - № 3 – С.76–80.
9. Благодарный Л.А. Местное лечение в консервативной терапии острого геморроя / Л.А.Благодарный. // Хирургия. – 2009. – Т. 17, № 12. – С.825– 827.
10. Богомазов А.М. Преимущества геморроидэктомии с использованием аппарата УДО 38 / А.М.Богомазов, А.Б.Туманов // Сб. Актуальные вопросы колопроктологии. – Уфа, 2007. – С.138–139.

11. Богомазов Ю.К. Сравнительная оценка хирургического лечения хронического геморроя с применением механического шва и закрытой стандартной геморроидэктомии: автореф. дисс. ... канд.мед.наук: 14.00.27. / Богомазов Юрий Константинович. – М., 2007. – 21 с.
12. Борисов И.Ф. Геморроидэктомия плазменным скальпелем: автореф.дисс. ... канд.мед.наук: 14.01.17. / Борисов Иван Федорович. – М., 2011. – 19 с.
13. Васильев С.В. Сравнительная оценка операции Лонго и шовного лигирования терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии в лечении хронического геморроя / С.В.Васильев, К.Н.Комяк, А.И.Недозимованный // Вестник хирургии. – 2007. – Т.186., №3. – С.71-72.
14. Вовк Е.И. Геморрой: Неотложная помощь, стратегия лечения, профилактика / Е.И.Вовк // Русский медицинский журнал. – 2001. – Т.9, №20. – С.867-871.
15. Возможности хирургического лечения геморроя / Н.А.Яицкий, С.В.Васильев, А.В.Седнев и др. // Сб. Проблемы колопроктологии. – М., 2002. – Вып. 18. – С.269-273.
16. Воробьев Г.И. Геморрой / Г.И.Воробьев, Ю.А.Шелыгин, Л.А.Благодарный. – М.: Литтера, 2010. – 188 с.
17. Воробьев Г.И. Циркулярная резекция слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки при хроническом геморрое / Г.И.Воробьев, К.В.Лощинин, И.Н.Мартьянов // Колопроктология. – 2007. - №4. – С.17-21.
18. Генри М.М. Колопроктология и тазовое дно / М.М.Генри, М.Свош. – М.: Медицина, 1998. – 464 с.
19. Гончарук Р.А. Выбор тактики лечения пациентов с III-IV стадиями хронической геморроидальной болезни: автореф. дисс. ... канд.мед.наук: 14.01.17 / Гончарук Роман Анатольевич. – Владивосток. – 2013. – 21 с.

20. Грабилов В.В. Дифференцированные методы хирургического лечения геморроидальной болезни: автореф. дисс. ... канд.мед.наук: 14.00.27/ Грабилов Владимир Викторович. – Уфа, 2002. – 19 с.
21. Дацун И.Г. Роль гломусных шунтов аноректальных кавернозных телец в механизме развития геморроя / И.Г.Дацун, Е.П.Мельман. // Арх. патологии. – 1992. – Т.54., №8. – С.28-31.
22. Даценко Б.М. Геморрой / Б.М.Даценко, А.Б.Даценко – Х.: Новое слово. 2011. – 144 с.
23. Дезартеризация внутренних геморроидальных узлов при геморроидальной болезни: выбор метода – за и против. Нужна ли коррекция венозного компонента патогенеза? // А.П.Захарченко, Е.В.Галкин, Ю.С.Винник и др. // Колопроктология. – 2015. - №3. – С.34-45.
24. Джавадов Э.А. Геморроидальная болезнь, сопровождающаяся анальным пролапсом и методы её лечения / Э.А.Джавадов, Л.Ф.Халилова // Хирургия. – 2014. - №3. – С.43-47.
25. Джалашев Я.Х. Тактика хирургического лечения геморроя, осложненного кровотечением и постгеморрагической анемией / Я.Х.Джалашев, А.М.Пасечник // Актуальные проблемы колопроктологии. – Волгоград, 1997. – С.62-64.
26. Елисова Т.Г. Лазерные технологии в лечении геморроя: автореф. дисс. ... канд.мед.наук: 14.00.27 / Елисова Татьяна Геннадьевна. – М., 2009. – 20 с.
27. Загрядский Е.А. Трансанальная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой в лечении геморроя III-IV стадии / Е.А.Загрядский // Хирургия. – 2009. - №2. – С.52-58.
28. Загрядский Е.А. Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация с мукопексией (HAL-RAR) в лечении больных

- геморроем III-IV стадий / Е.А.Загрядский // Хирургия. – 2013. - №4. – С.59-64.
29. Зарезаев О.А. Консервативное лечение геморроя: опыт применения троксерутина / О.А.Зарезаев / Хирургия. Consillium medicum. – 2006. - №2. – С.56-59.
30. Захарченко А.А. Эффективность и безопасность различных методов лечения геморроя / А.А.Захарченко // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2006. - №5. –С.342-343.
31. Захарченко А.А. Особенности артериального кровоснабжения прямой кишки: клиническое значение при лечении геморроидальной болезни / А.А.Захарченко // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – Т.16, №1. – С.83-85.
32. Иванова А.А. Профилактика послеоперационных осложнений при геморроидэктомии: автореф. дисс. ... канд.мед.наук: 14.00.27 / Иванова Анастасия Александровна. – Ростов-на Дону, 2011. – 20 с.
33. Канделис Б.Л. Неотложная проктология / Б.Л.Канделис. – М., 1980. – 243 с.
34. Капуллер Л.Л. Кавернозные структуры прямой кишки и их роль в возникновении геморроя: автореф. дисс. ... д-ра мед.наук: 14.00.27 / Капуллер Леонард Леонидович. – М., 1974. – 38 с.
35. Капуллер Л.Л. Геморрой: патогенез, клиника, лечение / Капуллер Л.Л., Ривкин В.Л. - М., 1976. – 201 с.
36. Карпухин О.Ю. К вопросу об оценке эффективности методов лечения хронического геморроя / О.Ю.Карпухин // Практическая медицина. – 2013. - №2. – С.77-79.
37. Клиническая колопроктология / П.Г.Кондратенко, Н.Б.Губергриц, Ф.Э.Элин, Л.В.Смирнов – Факт, 2006. – 385 с.
38. Колопроктология / В.М.Тимербулатов, Ф.М.Гайнутдинов, М.В.Тимербулатов, И.И.Хидиятов. – Уфа: «Вили Окслер», 2007. – Т.1. – 178 с.

39. Колмаков П.Н. Тактика этапного лечения больных хроническим геморроем: автореф. дисс. ... канд.мед.наук: 14.00.27 / Колмаков Павел Николаевич. – Санкт-Петербург, 2007. – 20 с.
40. Комплексный подход к хирургическому лечению геморроя и пролапса заднего сегмента тазового дна у женщин / Н.В.Олейник, В.Ф.Куликовский, А.В.Наумов, Д.А.Сторожилов // Фундаментальные исследования. – 2013. - №2. – С.132-135.
41. Коновалов О.И. Совершенствование технологии хирургического лечения геморроя: автореф. дисс. ... канд.мед.наук: 14.00.27 / Коновалов Олег Иванович. – Томск, 2007. – 20 с.
42. Костарев И.В. Отдаленные результаты после различных вариантов склерозирующего лечения геморроя детергентами / И.В.Костарев, Л.А.Благодарный, С.А.Фролов // Колопроктология. – 2008. - №4. С.4-9.
43. Костарев И.В. Склерозирующее лечение геморроя в сочетании с ультразвуковой кавитацией: автореф. дисс. ... канд.мед.наук: 14.00.27 / Костарев Иван Васильевич. – М., 2008. – 24 с.
44. Кузьминов А.М. Геморроидэктомия с применением высоких энергий (обзор литературы) / А.М.Кузьминов, И.Ф.Борисов // Колопроктология. – 2009. - №3. – С.46-51.
45. Кузьминов А.М. Геморроидэктомия плазменным скальпелем / А.М.Кузьминов, И.Ф.Борисов // Колопроктология. – 2009. - №2. – С.3-7.
46. Куликовский В.Ф. Пути оптимизации хирургического лечения геморроидальной болезни на фоне синдрома опущения промежности и слизистой прямой кишки / В.Ф.Куликовский, Н.В.Олейник // Международный медицинский журнал. – 2007. - №1. – С.30-32.
47. Лечение ран после геморроидэктомии / С.Фролов, С.Нехрикова, Л.Максимова, Т.Корнева // Врач. – 2008. - №8. – С.65-68.

48. Лечение больных хронической геморроидальной болезнью III-IV стадии / Р.А.Гончарук, К.В.Стечний, А.А.Крекотень и др. // Хирургия. – 2013. - №5. – С.8-11.
49. Лощинин К.В. Непосредственные и отдаленные результаты операции Лонго при лечении хронического геморроя / К.В.Лощинин, А.С.Карамышев // Колопроктология. – 2010. - №1. – С.13-18.
50. Мадаминов А.М. Методы хирургического лечения геморроя / А.М.Мадаминов, М.Б.Айтбаев // Хирургия Кыргызстана. – 2008. - №2. – С.38-40.
51. Мадаминов А.М. К вопросу хирургического лечения геморроя, осложненного кровотечением / А.М.Мадаминов, Т.Ж.Осмонов, Э.Ш.Исмаилов // Сб. Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана. – Бишкек, 2013. – Вып.13. – С.316-320.
52. Мазунин В.Д. Опыт лечения больных с острым геморроидальным кровотечением / В.Д.Мазунин // Сб. Проблемы колопроктологии. – М., 2006. – С.162-163.
53. Мельман Е.П. Функциональная морфология прямой кишки и структурные основы патогенеза геморроя / Е.П.Мельман, И.Г.Дацун. – М.: Медицина, 1986. – 176 с.
54. Мухаббатов Д.К. Комплексная диагностика, прогнозирование, профилактика и коррекция осложнений геморроидэктомии: автореф.дисс.... д-ра мед.наук: 14.1.07 / Мухаббатов Джиёнхон Курбанович. – Душанбе, 2010. – 41 с.
55. Нуруллин Р.Ф. Опыт геморроидэктомии с использованием ультразвукового скальпеля / Р.Ф.Нуруллин, Ф.Я.Гюльалиев, М.Х.Закирзянов // Казанский медицинский журнал. – 2010. – Т.91, №3. – С.346-348.

56. Основы колопроктологии / Под ред. Г.И. Воробьева. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 432 с.
57. Особенности микроциркуляции в слизистой оболочке анального канала при геморрое, осложненном кровотечением и анемией, у больных, оперированных в различные сроки / А.М. Копталадзе, В.А. Назаров, С.В. Белоусова и др. // РЖГГК. – 2008. - №1. – С.52-55.
58. Особенности морфологических изменений в геморроидальных узлах и характер распространения лекарственного препарата после склерозирующего лечения геморроя / Л.А. Благодарный, С.А. Фролов, Л.Л. Капуллер и др. // РЖГГК. – 2008. - №3. – С.66-72.
59. Отдалённые результаты циркулярной слизисто-подслизистой резекции нижнеампулярного отдела прямой кишки при лечении геморроя / А.М. Кузьминов, Ю.Ю. Чубаров, А.А. Тихонов и др. // Колопроктология. – 2008. - №1. – С.4-8.
60. Практическая колопроктология / В.М. Масляк, М.П. Павловский, Ю.С. Лозинский, И.М. Варивода. – Львов, 1990. – 185 с.
61. Применение флеботоника «детралекс» в комбинации с оперативным лечением острого наружного геморроя / В.П. Судаков, Н.В. Басурманова, Е.В. Подпругин, В.Н. Костюк // Колопроктология. – 2011. - №4. – С.34-37.
62. Половинкин В.В. Хирургическое лечение геморроя / В.В. Половинкин, Ю.П. Савченко, В.И. Хмелик // Хирургия. – 2002. - №5. – С.54-59.
63. Помазкин В.И. Геморроидэктомия с применением непрерывного возвратного гемостатического шва / В.И. Помазкин, Ю.В. Мансуров // Колопроктология. – 2006. - №2. – С.12-16.

64. Проценко В.М. Тактика лечения больных геморроем, осложненного анемией / В.М.Проценко, М.А.Егоркин, Э.Э.Алекперов // Сб. Проблемы колопроктологии. – М.: ГНЦ колопроктологии, 2002. – Вып.18. – С.190-193.
65. Пути поиска рационального лечения геморроя / В.Ю.Ким, А.М.Гравов, С.Э.Карамуров, Е.Б.Исакова // Сб. Проблемы колопроктологии. – М., 2002. – Вып.18. – С.92-94.
66. Результаты лигирования дистальных ветвей верхней прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии при хроническом геморрое / Ю.А.Шелыгин, А.Ю.Титов, В.В.Веселов, М.Х.Канаметов // Хирургия. – 2003. - №1. – С.39-44.
67. Результаты лечения больных с хроническим геморроем сочетанными малоинвазивными методами / Э.Д.Рафибеков, А.М.Мадаминов, Ы.А.Бектенов, А.А.Субанов // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. – 2011. – Т.17, Приложение 3. – С.80-82.
68. Ривкин В.Л., Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала / В.Л.Ривкин, Ю.В.Дульцев, Л.Л.Капуллер. – М.: Медицина, 1994. – 239 с.
69. Ривкин В.Л. Геморрой. Запоры / В.Л.Ривкин, Л.Л.Капуллер. – М.: Медпрактика, 2000. – 158 с.
70. Ривкин В.Л. Руководство по колопроктологии / В.Л.Ривкин, А.С.Бронштейн, С.Н.Файн. – М.: Медпрактика – 2001. – 300 с.
71. Савченко Ю.П. Современные технологии оперативного лечения геморроя / Ю.П.Савченко, В.В.Половинкин, В.И.Хмелик // Хирургия. – 2002. - №8. – С.53-57.

72. Сажин В.П. Сравнительные аспекты хирургического лечения геморроя / В.П.Сажин, П.А.Госткин, Д.А.Сяткин // Хирургия. – 2003. - №1. – С.36-38.
73. Селиванов А.В. Сонографический мониторинг у больных хроническим комбинированным геморроем до и после различных методов оперативного лечения / А.В.Селиванов, А.Г.Бутырский // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. - №2. – С.136-140.
74. Соболева С.Н. Сравнительная характеристика хирургических методов лечения хронического геморроя: автореф. дисс. ... канд.мед.наук: 14.0.27 / Соболева Светлана Николаевна. – Санкт-Петербург, 2004. – 16 с.
75. Солтанов Б.Ц. Современные принципы лечения геморроя / Б.Ц.Солтанов // Болезни органов пищеварения (для специалистов и врачей общей практики). – 2003. – Т.5, №1. – С.5-7.
76. Стойко Ю.М. Патогенетический выбор эффективного лечения пациентов с геморроем / Ю.М.Стойко, В.А.Сотникова // Consiliummedicum. Хирургия. – 2010. - №1. – С.28-32.
77. Стойко Ю.М. Эффективность фармакологической коррекции эндотелиальной дисфункции в лечении геморроя / Ю.М.Стойко, В.А.Сотникова // Consiliummedicum. Гастроэнтерология. - 2011. - №8. – С.61-65.
78. Структурно- морфологические изменения в геморроидальных узлах после склерозирующего лечения геморроя / Л.Л.Капуллер, Л.А.Благодарный, С.А.Фролов и др. // Колопроктология. – 2007. - №4. – С.4-9.
79. Сравнительная эффективность применения трансанальной дезартеризации геморроидальных узлов под доплер контролем и

- лигирования латексными кольцами / В.Г.Ширяев, В.А.Верещенко, В.Э.Дубров и др. // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т.18, №3. – С.118-119.
80. Тактика лечения больных геморроем, осложненным кровотечением и постгеморрагической анемией / А.М.Копталадзе, В.М.Проценко, Э.Э.Болквадзе и др. // РЖГГК. – 2007. - №6. – С.41-46.
81. Тактика лечения геморроя, осложненного анемией / А.М.Копталадзе, В.М.Проценко, С.В.Белоусова и др. // Хирургическая гастроэнтерология. – 2008. - №2. – С.77-82.
82. Титов А.Ю. Сравнительные результаты лигирования латексными лигаторами и дезартеризации внутренних геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплеровской флуометрии в лечении геморроя III-IVстadium / А.Ю.Титов, Е.А.Загрядский, Е.Е.Жарков // Колопроктология. – 2008. - №1. – С.8-16.
83. Трансанальная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой при лечении геморроя III-IVстadium в сочетании с сопутствующей анальной патологией / Э.Д.Рафибеков, А.М.Мадаминов, Ы.А.Бектенов, А.А.Субанов // Центрально-азиатский медицинский журнал. – 2011. – Т.17. – Приложение 3. – С.78-80.
84. Федоров В.Д. Проктология / В.Д.Федоров, Ю.В.Дульцев. – М.: Медицина, 1984. – 384 с.
85. Федоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология / В.Д.Федоров, Г.И.Воробьев, В.Л.Ривкин. – М.: ГНЦ проктологии, 1994. – 432 с.

86. Характер течения раневого процесса после аппаратной геморроидэктомии / В.Х.Саттаева, С.А.Фролов, Л.А.Благодарный и др. // Колопроктология. – 2007. - №4. – С.9-14.
87. Циркулярная слизисто-подслизистая резекция ниже-ампулярного отдела прямой кишки (степлерная геморроидпексия) при лечении больных хроническим геморроем / А.М.Кузьминов, Ю.Ю.Чубаров, А.А.Тихонов и др. // РЖГГК. – 2010. - №3. – С.82-87.
88. Чарышкин А.Л. Оценка результатов консервативного лечения острого геморроя / А.Л.Чарышкин, А.А.Исаев, Л.В.Грущенко // Колопроктология. – 2013. - №3. – С.26-29.
89. Черкасов М.Ф. Профилактика послеоперационных осложнений у больных хроническим комбинированным геморроем с «циркулярным» расположением геморроидальных узлов / М.Ф.Черкасов, А.А.Иванова, А.А.Помазков // Колопроктология. – 2011. - №2. – С.33-37.
90. Шафик А. Геморроидальное венозное сплетение: анатомия и роль при геморрое / А.Шафик, М.Мохи-Эль-Дин // Сб. Актуальные проблемы колопроктологии. – Н.Новгород, 1995. – С.310-311.
91. Шельгин Ю.А. Выбор способа геморроидэктомии при хроническом геморрое / Ю.А.Шельгин, Л.А.Благодарный, Л.М.Хмылов // Хирургия. – 2003. - №8. – С.39-45.
92. Шельгин Ю.А. Модифицированная классификация внутреннего геморроя / Ю.А.Шельгин, А.Ю.Титов, М.В.Абрицова // Колопроктология. – 2015. - №2. – С.4-10.
93. Шудрак А.А. Алгоритм хирургического лечения хронического геморроя / А.А.Шудрак // Колопроктология. – 2013. - №4. – С.27-34.

94. Электрохирургические технологии при геморроидэктомии / В.П.Сажин, П.А.Госткин, Д.А.Сяткин и др. // Хирургия. – 2005. - №8. – С.76-79.
95. Эндоваскулярная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов: обоснование, эффективность и безопасность, сравнительные результаты / А.А.Захарченко, Е.В.Глинкин, Ю.С.Винник и др. // Колопроктология. – 2014. - №1 – С.9-18.
96. Яковлева О.Н. Морфогенез кавернозных образований и мышечно-связочного аппарата прямой кишки при геморрое: автореф. дисс. ... канд.мед.наук: 14.03.02 / Яковлева Ольга Николаевна. – М., 2011. – 20 с.
97. Ahmad A Comparative Analysis of Doppler Guided Hemorrhoidal Artery Ligation (DG-HAL) & Infrared Coagulation (IRC) in Management of Hemorrhoids / A.Ahmad, R.Kant, A.Gupta // Indian J Surg – 2013. – Vol.75, №4. –P.274-277.
98. An optimal painless treatment for early hemorrhoids; our experience in Government Medical College and Hospital / R.Singal, S.Gupta, A.K.Dalal et al. // J. Med Life. – 2013. – Vol.6, №3. – P.302-306.
99. A modified Ferguson hemorrhoidectomy for circumferential prolapsed hemorrhoids with skin tags / I.T.Wahg, C.C.Wu, C.W.Hsiao et al. // Dis Colon Rectum. – 2008. – Vol.51, №4. – P.456-461.
100. A Randomized Trial Comparing Stapled Rectal Mucosectomy Versus Open and Semiclosed Hemorrhoidectomy. / V.Ripetti, V.La Vaccara, S.Greco, A.Arullani // Dis Colon Rectum. – 2015. – Vol.58, №11. – P.1083-1090.
101. Barron J. Office ligation of internal hemorrhoids / J.Barron // Am. J. Surg. – 1963. – Vol.105. – P.563-570.

102. Bipolar radiofrequency-induced thermotherapy of hemorrhoids: a new minimally invasive method for hemorrhoidal disease treatment. Early results of a pilot study / Jiri Duben, Lukas Hnatek, Bohumil Dudesek et al. // *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne.* – 2013. – Vol, №1. – P.43-48/
103. Cap-assisted endoscopic sclerotherapy for hemorrhoids: Methods, feasibility and efficacy / Ting Zhang, Li-Juan Xu, Zhi He et al. // *World J Gastrointest Endosc.* – 2015. – Vol.7, №19. – P.1334-1340.
104. Chand M. The management of hemorrhoids / M.Chand, G.F.Nash, N.Dabbas // *Br.J.Hosp.Med.* – 2008. – Vol.69, №1. – P.35-40.
105. Circular vs. three-quadrant hemorrhoidectomy for end-stage hemorrhoids: short- and long-term outcomes of a prospective randomized trial / M.A.Qarabaki, G.A.Mukhashavria, G.G. Mukhashavria, N.G.Giorgadze // *J. Gastrointest Surg.* – 2014. – Vol.18, №4. – P.808-815.
106. Clinical observations on the treatment of prolapsing hemorrhoids with tissue selecting therapy / Zul-Gang Wang, Yong Zhang, Xian-Dong Zeng et al. // *World J Gastroenterol.* – 2015. Vol.21, №8. – P.2490-2496.
107. Comparison of Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation without mucopexy and rubber band ligation for hemorrhoids / R.A.Pol, W.C.Van der Zwet, M.Kaijser et al. // *Arab. J. Gastroenterol.* – 2011. – Vol.12, №4. – P.189-193.
108. Corman M.L. Colon and Rectal surgery / M.L.Corman - Philadelphia. – 1993. – 784 p.
109. Gemici K. Vascular Z-shaped ligation technique in surgical treatment of hemorrhoid / Kazim Gemici, Ahmet Okus, Serden Ay // *World J Gastrointest Surg.* – 2015. – Vol.7, №1. – P.10-14.

110. Guindic L.C. Treatment of uncomplicated hemorrhoids with a Hemor-Rite® cryotherapy device: a randomized, prospective, comparative study / Luis Charica Guindic // J. Pain Res. – 2014. - №7. – P.57-63.
111. Guraya S.Y. Stapled hemorrhoidectomy: Results of a prospective Clinical Trial in Saudi Arabia / Salman Yousuf Guraya, Gamal A Khaizy // J Clin Diagn Res. – 2013. – Vol.7, №9 – P.1949-1952.
112. Dearterialization with mucopexy versus hemorrhoidectomy for grade III or IV hemorrhoids: short-term results of a double-blind randomized controlled trial / P.L.Denoya, M.Fakhory, K.Chang et al. // Colorectal Dis. – 2013. – Vol.15, №10. – P.1281-1288.
113. Denoya P. Hemorrhoidal dearterialization with mucopexy versus hemorrhoidectomy: 3-year follow-up assessment of a randomized controlled trial / P.Denoya, J Tam, R.Bergamaschi // Tech Coloproctol. – 2014. – Vol.18, №11. – P.1081-1085.
114. Development and validation of a symptom-based severity score for hemorrhoidal disease: the Sodergren score / P.H.Pucher, M.Qurashi, A.M.Howell et al. // Colorectal Dis. – 2015. – Vol.17, №7. – P.612-618.
115. DG-RAR for the treatment of symptomatic grade III and grade IV hemorrhoids: a 12-month multi-centre, prospective observational study / S.Ro-ka, D.Gold, P.Walega et al. // Eur Surg. – 2013. – Vol.45, №1. – P.26-30.
116. Distal Hemorrhoidectomy With ALTA Injection: A New Method for Hemorrhoid Surgery / Tatsuya Abe, Yoshikazu Hachizo, Yoshiaki Ebisawa et al. // Int Surg. – 2014. – Vol.99, №3. – P.295-298.
117. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation: long-term outcome and patient satisfaction / P.M.Wilkerson, M.Strbac, H.Reece-Smith, S.B.Middleton // Colorectal Dis. – 2009. – Vol.11, №4. – P.394-400.

118. Excisional hemorrhoidal surgery and its effect on anal continence / Yan-Dong Li, Jia-He Xu, Jian-Jiang Lin, Wei-Fang Zhu // *World J. Gastroenterol.* – 2012. – Vol.18, №30. – P.4059-4063.
119. Experience with rubber band ligation of hemorrhoids in northern Nigeria / M.A.Misauno, B.D.Usman, U.U.Nnadozie, S.K.Obiano // *Niger Med J.* – 2013. – Vol.54, №4. – P.258-260.
120. Factors Associated with Hemorrhoids in Korean Adults: Korean National Health and Nutrition Examination Survey / Jong-Hyun Lee, Hyo-Eun Kim, Ji-Hun Kang et al. // *Korean J Fam Med.* – 2014. – Vol.35, №5. – P.227-236.
121. Flavonoids mixture (diosmin, troxerutin, hesperidin) in the treatment of acute hemorrhoidal disease: a prospective randomized, triple-blind, controlled trial / I.Giannini, A.Amato, L.Basso et al. // *Tech Coloproctol.* – 2015. – Vol.19, №6. – P.339-345.
122. Hemorrhoids and hemorrhoidectomies / G.Brisinda, F.Brandaza, F.Cadeddu et al. // *Gastroenterology.* – 2004. – Vol.127, №3. – P.1017-1018.
123. Hemorrhoidal desarterialization guided by Doppler. A surgical alternative in hemorrhoidal disease management / L.F.Guidic, E.Munoz, N.J.Garcia Perez // *Ren. Gastroenterol. Mex.* – 2004. – Vol.69, №4. – P.290-292.
124. Hemorrhoids in Dakar: epidemiological, clinical and endoscopic aspects of 168 cases / D.Dia, M.Mbengue, A. Ba et al. // *Dakar med.* – 2006. – Vol.51, №3. – P.161-164.
125. Hemorrhoidectomy with electrocautery or ultrashears and stapled hemorrhoidopexy / S.Leven to Dulu, B.B.Menteu, M.Akin, M.Oduuz // *ANZ j Surg.* – 2008. Vol.78, №5. – P.389-393.

126. Hemorrhoidopexy with the HemorPex System / M.Taqliabue, C.Cusumano, E.C.Kechoud et al. // *Tech Coloproctol.* – 2015. – Vol.19, №4. – P.255-257.
127. Hemorrhoidal artery ligation (HAL) and rectoanal repair (RAR): retrospective analysis of 408 patients in a single center / M.Scheyer, E.Antonietti, G.Rollinger et al // *Tech Coloproctol.* – 2015. – Vol.19, №1. – P.5-9.
128. Hiremath B. Stapled Hemorrhoidopexy for Hemorrhoids: A Review of Our Early Experience / Bharati Hiremath, Sandeep Gupta // *Indian J Surg.* – 2012. – Vol.74, №2. – P.163-165.
129. Hollingshead J.R. Hemorrhoids: modern diagnosis and treatment / J.R.Hollingshead, R.K.Phillips // *Postgrad Med. J.* – 2016. – Vol.92, №1083. – P.4-8.
130. Ho Y.H. Open compared with closed hemorrhoidectomy: metaanalysis of randomized controlled trials / Y.H.Ho, P.G.Buettner // *Tech Coloproctol.* – 2007. – Vol.11, №2. – P.135-143.
131. Ortiz H. Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan hemorrhoidectomy / H.Ortiz // *Ann. Surg.* – 2007. – Vol.245, №1. – P.155-156.
132. Oughriss M. Complications of stapled hemorrhoidectomy: a French multicentric study / M.Oughriss, R.Well, J.L.Faucheran // *Gastroenterol. Clin. Biol.* – 2005. – Vol.29, №4. – P.429-433.
133. Jaiswal S.S. Stapled hemorrhoidopexy – Initial experience from a general surgery center / S.S.Jaiswal, Darpan Gupta, Saket Davera // *Med. J Armed Forces India* – 2013. – Vol.69, №2. – P.119-123.

134. Kaidar-Person O. Hemorrhoidal disease: A comprehensive review / O.Kaidar-Person, B.Person, S.D.Wexner // J.Am Coll Surg. – 2007. – Vol.204. – P.112-117.
135. Kim J. C. Analysis of surgical treatments for circumferentially protruding hemorrhoids: complete excision with repair using flaps versus primary excision with secondary suture – ligation / J. C. Kim // Asian J. Surg. - 2006. – Vol. 29, №3. – P.128–134.
136. Laser Hemorrhoidoplasty Procedure vs Open Surgical Hemorrhoidectomy: a Trial Comparing 2 Treatments for Hemorrhoids of Third and Fourth Degree/ Halit Maloku, Zaim Gashi, Ranko Lazovic et al. // Acta Inform Med. – 2014. – Vol.22, №6. – P.365–367.
137. Ligasure versus Ferguson hemorrhoidectomy in the treatment of hemorrhoids: a meta – analysis of randomized control trials / L. Xu, H. Chen, G. Lin. - 2015. – Vol.25, №2. – P.106–110.
138. Limited success in patients treated with transanal hemorrhoidal dearterialisation / S. K. Jaz, H. H. Lund, S. Schuize, T. Bisgaard // Dan Med J. – 2014. – Vol.61, №12. – P.2093-2098.
139. Lohsiriwat Vazut. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologists view / Vazut Lohsiziwat // World J. Gastroenterol. – 2015. – Vol.21, № 31. – P. 9245– 9252.
140. Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapsed with a circular suturing devise: a new procedure / A. Longo // 6 – th World Congress of endoscopic surgery. – Rome, 1998. – P. 777 –784.
141. Long-term outcome of a multicentre randomized trial of stapled hemorrhoidopexy versus Milligan – Morgan hemorrhoidectomy / E.

- Ganio, D. F. Altomare, G. Milito et al. // Br. J. Surg. – 2007. – Vol.94, №8. – P.1033– 1037.
142. Long – term outcome of stapled transanal rectal resection (STARR) versus stapled hemorrhoidopexys (STH) for grade III – IV hemorrhoids: preliminary results / S. Zanella, S.Spirch, M. Scarpa et al. // In Vivo – 2014. – Vol. 28, № 6. – P.1171–1174.
143. Lyer V.S. Long – term outcome of rubber band ligation for symptomatic primary and recurrent internal hemorrhoids / V.S. Lyer, I. Shzier, P. H. Gordon // Dis. Colon Rectum. – 2004. – Vol.47, №8. – P.1364–1370.
144. Milligan – Morgan hemorrhoidectomy with anal cushion suspension and partial internal sphincter resection for circumferential mixed hemorrhoids / Ming Lu, Guang – Ying Shi, Guo – Qiang Wang et al. // World J. Gastroenterol. – 2013. – Vol.19, №30. – P.5011–5015.
145. Morinaga K. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (moricon) in conjunction with a Doppler flowmeter/K. Morinaga, K. Hasuda, T. Ikeda// Am. J. Gastroenterol. – 1995. – Vol.90, №4. – P.610–613.
146. Nieger A. Atlas of practical coloproctology/ A. Nieger. – Toronto, 1990. – 289 p.
147. Palazzo F.F. Randomized clinical trial of Ligasure versus open hemorrhoidectomy/ F. F. Palazzo, D. L. Francis, M. A. Clifton// Brit. J. Surg. – 2002. – Vol.89, №2. – P.154–157.
148. Parks A.G. Surgical treatment of hemorrhoids/ A. G. Parks// Br. J. Surg. – 1956. – Vol.43. – P.337–351.
149. Pescatori M. Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal selection (STARR)

- procedures/ M. Pescatori, G. Gagliardi// *Tech. Coloproctol.* – 2008. – Vol.12, №1 – P.7–19.
150. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised) / P.Cataldo, C.N.Ellis, S.Gregozczyk et al. // *Dis Colon Rectum.* – 2005. - №48. – P.189–194.
151. Procedure for prolapsed and hemorrhoids vs traditional surgery for outlet obstructive constipation/ Ming Lu, Bo Yang, Yang Liu et al.// *World J. Gastroenterol.* – 2015. – Vol.21, №26. – P.8178–8183.
152. Racalbuto A. Hemorrhoidal stapler prolapsectomy vs. Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: a long-term randomized trial / A.Racalbuto, I.Aliotta, G.Corsaro // *Int. J. Colorectal. Dis.* – 2004. – Vol.19, №3 – P.239-244.
153. Randomized clinical trial of Ligasure versus conventional diathermy for day-case hemorrhoidectomy / D.G.Jayne, J.Batterill, N.S.Ambrose et al. // *Brit. J. Surg.* – 2002. – Vol.89, №4. – P.428-432.
154. Randomized controlled trial to compare the early and mid-term results of stapled versus open hemorrhoidectomy / J.Bikhchandani, P.N.Agarwal, R.Kant, V.K.Malik // *Am. J. Surg.* – 2005. – Vol.189, №1. – P.56-69.
155. Ratto C. THD Doppler procedure for hemorrhoids: the surgical technique / C.Ratto // *Tech. Coloproctol.* – 2014. – Vol.18, №3. – P.291-298.
156. Rectal Perforation Caused by Anal Stricture After Hemorrhoid Treatment / Yong Joon Suh, Heon-Kyun Ha, Heung-Kwon Oh et al. // *Ann Coloproctol.* – 2013. – Vol.29, №1. – P.28-30.
157. Recombinant streptokinase vs phenylephrine – based suppositories in acute hemorrhoids, randomized, controlled trial (THERESA – 3) / Francisco Hernandez-Bernal, Georgina Castellanos-Sierra, Carmen M.

- Valenzueia Silva et al. // World J Gastroenterol. – 2014. – Vol.20, №6. – P.1594-1601.
158. Recombinant streptokinase vs hydrocortisone suppositories in acute hemorrhoids: A randomized controlled trial // Francisco Hernandez - Bernal, Georgina Castellanos-Sierra, Carmen M. Valenzuela-Silva et al. // World J Gastroenterol. – 2015. – Vol.21, №23. – P.7305-7312.
159. Reintervention after complicated or failed stapled hemorrhoidopexy / L.Brusciano, S.M.Ayabaca, M.Pescatori et al. // Dis. Colon Rectum. – 2004. – Vol.47, №11. – P.1846-1851.
160. Results of 666 consecutive patients treated with LigaSure hemorrhoidectomy for symptomatic prolapsed hemorrhoids with a minimum follow-up of 2 years / C.W.Chen, C.W.Lai, Y.J.Chang et al. // Surgery. – 2013. – Vol.153, №2. – P.211-218.
161. Risk Factors for Postoperative Retention After Hemorrhoidectomy: A Cohort Study / X.Qi-Ming, X.Jue-Ying, C.Ben-Hui et al. // Gastroenterol Nurs – 2015. – Vol.38, №6. – P.464-468.
162. Rubber band ligation for 750 cases of symptomatic hemorrhoids out of 2200 cases // A.M.El Nakeev, A.A.Fikry, W.H.Omar et al. // World J. Gastroenterol. – 2008. – Vol.14, №42. – P.6525-6530.
163. Rubbini M. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation with hemorrhoidopexy: source and prevention of postoperative pain / M.Rubbini, V.Tartari // Int J Colorectal Dis. – 2015. – Vol.39, №5. – P.625-630.
164. Sabanci U. Stapled hemorrhoidopexy versus Ferguson hemorrhoidectomy: a prospective study with 2 – year postoperative follow – up./ U. Sabanci, I. Ogun, G. Gandemir// J. Int. Med. Res. – 2007. – Vol.35, №6. – P.917–921.

165. Safety and short – term effectiveness of EEA stapler vs PPH stapler in the treatment of degree III hemorrhoids: prospective randomized controlled trial/ S. Giuzatzabocchetta, G. Pecorella, A. Stazi et al.// *Colorectal Dis.* – 2013. – Vol.15, №3. – P.354.
166. Sayfan J. Complications of Milligan – Morgan hemorrhoidectomy/ J. Sayfan// *Dig. Surg.* – 2001. – Vol.18, №2. – P.131–133.
167. Sayfan J. Sutureless closed hemorrhoidectomy: a new technique/ J. Sayfan, A.Besker, L.Koltun// *Ann. Surg.* – 2001. – Vol.234, №1. – P.21–24.
168. Sclerosing therapy of internal hemorrhoids with a novel sclerosing agent. Comparison with ligation and excision/ M. Takano, J. Iwadare, H. Ohla et al.// *Int. J. Colorectal. Dis.* – 2006. – Vol.21, №1. – P.44–51.
169. Semi – open hemorrhoidectomy/ J. A. Reis Neto, J. A. Reis, O. Kadohara et al.// *Tech. Coloproctol.* – 2005. – Vol.9, №2. – P.159–161.
170. Senagore A. J. Surgical management of Hemorrhoids/ A. J. Senagore// *J. Gastrointest. Surg.* – 2002. – Vol.6, №3. – P.295–298.
171. Stamos M. J. Stapled hemorrhoidectomy/ M. J. Stamos// *J. Gastrointest. Surg.* – 2006. – Vol.10, №5. – P.627–628.
172. Stapled hemorrhoidopexy in the treatment of hemorrhoidal prolapse / G. Conzo, R.Buffardi, U.Brancaccio et al.// *Am. Ital. Chir.* – 2004. – Vol. 75, № 6. – P.655–659.
173. Stapled hemorrhoidectomy vs closed diathermy – excision hemorrhoidectomy without suture – ligation: a case – controlled trial/ S.E. Araujo, de P.P.Caravatto, R.B.Dumarco, M.Socesa// *Hepatogastroenterology.* – 2007. - Vol.54, №80. – P.2243–2248.

174. Stapled hemorrhoidectomy and Milligan – Morgan hemorrhoidectomy in the cure of fourth – degree hemorrhoids: long – term evolution and clinical results/ C.Mattana, C.Coco, A.Monno et al. // *Dis. Colon Rectum.* – 2007. – Vol. 50, № 11. – P.1770–1775.
175. Stapled hemorrhoidectomy versus Milligan – Morgan hemorrhoidectomy in circumferential third – degree hemorrhoids: long – term results of a randomized controlled trial/ J. S. Kim, Y. K. Vashist, S. Thielges et al.// *J. Gastrointest. Surg.* – 2013. – Vol.17, №7. – P.1292–1298.
176. Stapled hemorrhoidectomy in the operative treatment of grade III and IV hemorrhoids/ S.Shreztha, G.B.Pradhan, R.Shrestha et al.// *Nepal Med Call J.* – 2014. – Vol.16, №1. – P.72–74.
177. Stapled hemorrhoidopexy: functional results, recurrence rate, and prognostic factors in a single center analysis/ A. Voigtsberger, L. Po Povicova, G. Bauer et al.// *Int. J. Colorectal Dis.* – 2016. – Vol.31, №1. – P.35–39.
178. Stelzner F. C. Die hemorrhoiden und andere Krankheiten des Corpus cavernosum Recti und Anal canal/ F. C. Stelzner// *Dtsch. Med. Wschr.* – 1963. – Bd. 88, №14. – P.689–696.
179. Submucosal reconstructive hemorrhoidectomy (Park’s operation): a 20 – year experience/ G. Rosa, P. Lolli, D. Piccinelli et al.// *Tech. Coloproctol.* – 2005. – Vol.9, №3. – P.209–214.
180. Surgical treatment of hemorrhoidal disease with CO₂laser and Milligan – Morgan cold scalped technique/ L.C. Pandini, S.C.Nahas, C. F. Marques, C. W. Sabrado// *Colorectal. Dis.* – 2006. – Vol.8, №7. – P.592–595.
181. Systematic review and network meta – analysis comparing clinical outcomes and effectiveness of surgical treatments for hemorrhoids / C.

- Simillis, S.N.Thoukididou, A.A.Slessler et al. // Br. J. Surg. – 2015. – Vol.102,№13. – P. 1603–1618.
182. The single pile classification: a new tool for the classification of hemorrhoidal disease and the comparison of treatment results / C.Elbeti, I. Giani, E.Novelli et al. // Updates Surg. - 2015. – Vol.67, №4. – P.421–426.
183. The effect of early warm plastic bag application on postoperative pain after hemorrhoidectomy: a prospective randomized controlled trial / A. Z. Balta, Y. Ozdemiz, I. Sucullu et al. // Am Surg. – 2015. – Vol.81, №2. – P.182–186.
184. The hemorrhoid laser procedure technique vs rubber band ligation: a randomized trial comparing 2 mini-invasive treatments for second-and third-degree hemorrhoids / P.Giamundo, R.Salfi, M.Geraci et al. // Dis. Colon Rectum. – 2012. – Vol.55, №4 – P.497.
185. Tokunaga Y. Impact of Less Invasive Treatments Including Sclerotherapy With a New Agent and Hemorrhoidopexy for Prolapsing Internal Hemorrhoids / Yukihiro Tokunaga, Hirokazu Sasaki // Int Surg. – 2013. – Vol.98, №3. – P.210-213.
186. Transanal hemorrhoidal dearterialisation: nonexcisional surgery for the treatment of hemorrhoidal disease / P.P.Dal Monte, C.Tagariello, M.Sarago et al. // Tech. Coloproctol. – 2007. – Vol.11, №4. – P.333-338.
187. Treatment of hemorrhoids in day surgery: stapled hemorrhoidopexy vs. Milligan-Morgan hemorrhoidectomy / V.M.Stalfi, P.Suleri, C.Micossi et al. // J. Gastrointest. Surg. – 2008. – Vol.12, №5. – P.795-801.
188. Transanal Suture Rectopexy for Hemorrhoids: Chivates Painless Cure for Piles / Shantikumar D. Chivate, Laxmikant Ladukar, Mahesh Ayyar et al. // Indian J Surg. – 2012. – Vol.74, №5. – P.412-417.

189. Transanal hemorrhoidal dearterialisation with mucopexy versus stapler hemorrhoidopexy: a randomized trial with long-term follow-up / R.Lucarelli, M.Picchio, M.Caporossi et al. // Ann R Coll Surg Engl. – 2013. – Vol.95, №4. – P.246-251.
190. Transanal dearterialization with targeted mucopexy is effective for advanced hemorrhoids / P.Giordano, I, Tomasi, A.Pascariello et al. // Colorectal Dis. – 2014. – Vol.16, №5. – P.373-376.
191. Weledii Elroy Patrick. Massive prolapsed hemorrhoids managed by ablation and correction in a poor resourced area / Elroy Patrick Weledii, George Enow Orock, Leopold Aminde // J Surg Case Rep. – 2013. - №11. - P.2117-2121.
192. Yano Takaaki. Comparison of Injection Sclerotherapy Between 5 % Phenol in Almond Oil and Aluminum Potassium and Tannic Acid for Grade 3 Hemorrhoids / Takaaki Yano, Kenji Yano // Ann Coloproctol. – 2015. – Vol.31, №3. - P.103-105.
193. Yeo Danson. Hemorrhoidectomy – making sense of the surgical options / Danson Yeo, Kok-Yang Tan // World J Gastroenterol. – 2014. – Vol.20, №45. – P.16976-16983.