

Малькави Малик Мохаммад

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ГЕМОРРОЕ

14.01.17 – хирургия

Автореферат

диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук

Работа выполнена на кафедре общей и факультетской хирургии ГОУ ВПО «Кыргызско-Российский Славянский университет».

Научный руководитель: Мадаминов Абдумуталиб Моминович
доктор медицинских наук, профессор.

Официальные оппоненты: Омурбеков Талантбек Ороскулович
доктор медицинских наук, профессор
кафедры детской хирургии
Кыргызской Государственной
Медицинской Академии им. И.К.
Ахунбаева.

Кочоров Орозалы Тойтокурович
доктор медицинских наук, доцент
кафедры хирургических болезней
Международной Высшей Школы
Медицины.

Ведущая организация: ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «___» 2018 г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д.730001.03 ГОУВПО «Кыргызско-Российский Славянский университет» (720000, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул.Киевская 44). E-mail: dissovetkrsu@mail.ru.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте www.krsu.edu.kg ГОУ ВПО «Кыргызско-Российский Славянский университет».

Автореферат разослан «___» _____ 2018 г.

Учёный секретарь
Диссертационного совета
д.м.н., профессор

Ахунбаева Н.И.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Геморрой является одним из наиболее частых заболеваний человека (Благодарный Л.А. и соавт., 2008). Геморроем страдает до 10-15% взрослого населения (Ривкин В.Л. и соавт., 2001; Lee J.H. et al., 2014). 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% (Воробьев Г.И. и соавт., 2010; LohsiziwatV., 2015; Hernandez-BernalF., 2015).

Эта патология одинаково часто встречается у мужчин и женщин (Шельгин Ю.А. и соавт., 2015; ZhangT. et al., 2015). 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 капилляров и прожилок до чрезвычайно обильных (Ан В.К. и Ривкин В.Л., 2003; Даценко Б.М. и Даценко А.Б., 2011; PucherP.H. et al., 2015). Кровотечения наблюдающиеся при каждой дефекации в течение длительного времени в 6-23 % случаев приводят к возникновению гипохромной анемии (Проценко В.М. и соавт., 2002; Белоусова С.В., 2008). У 1-9 % больных геморроем наблюдается обильное, профузное кровотечение, которое может вызвать кровопотерю различной степени тяжести (Ан В.К. и соавт., 2002; Мазунин В.Д., 2006). У 39-44 % больных геморроем отмечается выпадение внутренних геморроидальных узлов (Солтанов Б.Ц., 2003). 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 оболочки анального канала, к недостаточности анального сфинктера и недержанию газов (Воробьев Г.И. и соавт., 2006; Куликовский В.Ф., 2007). 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 (Воробьев Г.И. и соавт.,

2010). 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 (Благодарный Л.А. и Шельгин Ю.А., 2006; Елисова Т.Г., 2009; Longo A., 1998; Chen C.W. et al., 2013; Maloku H. et al., 2014; Xu L. et al., 2015).

Широкое внедрение геморроидэктомии в клиническую практику вызвало ряд проблем. Независимо от метода хирургического вмешательства после геморроидэктомии у 34-41% больных возникает выраженный болевой синдром (Иванова А.А., 2011; Lu M., 2013), требующий неоднократного применения наркотических анальгетиков, у 15-24% - дизурические явления (Мухаббатов Д.К., 2010; Qi-Ming X., 2015), приводящие к необходимости длительной медикаментозной стимуляции и катетеризации мочевого пузыря, у 2-10% - кровотечения (Грабилов В.В., 2002; Шельгин Ю.А. и соавт., 2003; Шудрак А.А., 2013). Гнойно-воспалительные осложнения возникают у 2-3% оперированных больных (Копталадзе А.М. и соавт., 2007; Фролов и соавт., 2008). В отдаленные сроки у 6-9% оперированных пациентов формируются стриктуры анального канала (Ривкин В.Л. и соавт., 2001; Джавадов Э.А. и Халилова Л.Ф., 2014; Suh Y.J. et al., 2013), а у 1,8-4% выявляется недостаточность анального сфинктера (Иванова А.А., 2011; Li Y.D. et al., 2012). Средний срок реабилитации после геморроидэктомии составляет не менее 4 недель (Коновалов О.И., 2007; Ripetti V. et al., 2015). 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 (Захарченко А.А., 2006; Гончарук Р.А. и соавт., 2013).

Исходя из вышеизложенного, а так же учитывая, что геморрой – одно из наиболее распространенных 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 рецензируемых журналах (перечень ВАК).

Структура и объём диссертации:

Диссертационная работа изложена на 121 страницах 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.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, представлены цель и задачи, научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В первой главе «Обзор литературы» отражены современные данные об этиологии, патогенезе, патологической анатомии, классификации, клинике, осложнениях, диагностике и лечении геморроя. Данные литературы позволили обосновать актуальность проблемы и наметить пути усовершенствования хирургического метода лечения осложненных форм геморроя.

Во второй главе «Материал и методы исследования» дана общая характеристика клинического материала, описание методов исследования и способов диагностики. Данная работа основана на результатах обследования и хирургического лечения 694 больных с осложненными формами геморроя, находившихся в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики за 2015-2017 годы. Эти 694 больных разделены на две исследуемые группы в зависимости от применявшихся методов хирургического вмешательства. В основную группу были включены 354 (51%) больных, оперированных по предложенной нами усовершенствованной методике. В контрольную группу вошли 340 (49%) пациентов, оперированных путем геморроидэктомии с восстановлением слизистой анального канала (традиционная закрытая геморроидэктомия). Возраст больных колебался от 17 до 85 лет (Таблица 1).

Таблица 1.-Распределение больных с осложненными 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
Итого	5	0,7	87	12,5	208	30,0	228	32,9	130	18,8	36	5,1	694	100,0

Как видно из Таблицы 1 среди больных с осложненными формами геморроя мужчин было 438 (63,1%), а женщин – 256 (36,9%). Причем

осложненные формы геморроя встречались чаще у больных наиболее трудоспособного возраста, т.е. от 21 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%) – 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

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

Нами для обследования были применены общеклинические, инструментальные и специальные методы исследования. Так всем больным осуществляли общий анализ крови и мочи, 358 (51,6%) пациентам – ЭКГ, 346 (49,8%) – рентгенография органов грудной клетки, 480 (69,1%) – пальцевое

исследование прямой кишки, аноскопию, ректороманоскопию, 41 (5,9%) – ирригоскопию, 62 (9%) – колоноскопию, 300 (43,2%) - сфинктерометрию (Таблица 3), 394 (56,9%) – исследовали протромбиновый индекс, количество тромбоцитов, время свёртывания крови по Моравицу (Таблица 4), 330 (47,5%) местную ректальную термометрию на 3-5-7 сутки после операции. Кроме того иссеченные геморроидальные узлы у всех больных подвергались гистологическому исследованию.

Таблица 3.-Показатели сфинктерометрии у больных хроническим геморроем контрольной и основной групп до хирургического лечения ($M\pm m$).

Сравниваемые группы	Стадия хронического геморроя	Количество больных (n=300)	Исследуемые параметры (в гр.)		
			Тоническое напряжение в покое	Максимальное усилие	Волевое сокращение
Контрольная 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

Таблица 4.-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 ±0,09 - 5±0,22	177±7,74	82±0,8
Хронический геморрой IV стадии с выпадением внутренних узлов со слизистой прямой кишки	124	3 ⁵⁰ ±0,008 - 4 ¹⁰ ±0,005	216±1,05	89±0,7

Тромбированный геморрой III степени тяжести	114	$3^{20} \pm 0,005 - 3^{40} \pm 0,006$	$260 \pm 3,4$	$97 \pm 0,4$
---	-----	---------------------------------------	---------------	--------------

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с расчётом средней арифметической величины (M) и его стандартное отклонение (m). Различия считались статистически достоверными при уровне $P < 0,05$.

В третьей главе «Хирургическое лечение осложненного геморроя у больных контрольной группы» рассмотрены результаты традиционной закрытой геморроидэктомии. 340 (49%) больных составили контрольную группу. Мужчин было 216 (63,5%), а женщин – 124 (36,5%) (Рис.1). Средний возраст больных составил $42,92 \pm 0.653 (P < 0,05)$.



Рис. 1. Распределение больных контрольной группы по полу.

Из 340 больных у 131 (38,5%) пациента был хронический геморрой, осложненный кровотечением и анемией, у 109 (32,1%) – хронический геморрой IV стадии с постоянным выпадением внутренних геморроидальных узлов и слизистой оболочки прямой кишки, у 100 (29,4%) – тромбированный геморрой III степени тяжести (Рис.2).

Всем этим больным была осуществлена традиционная закрытая геморроидэктомия.

В послеоперационном периоде у 7 (2%) больных возникло кровотечение. При ревизии послеоперационных ран выяснено, что причиной кровотечения являлось соскальзывание лигатуры из культи сосудистой ножки исеченного внутреннего геморроидального узла.

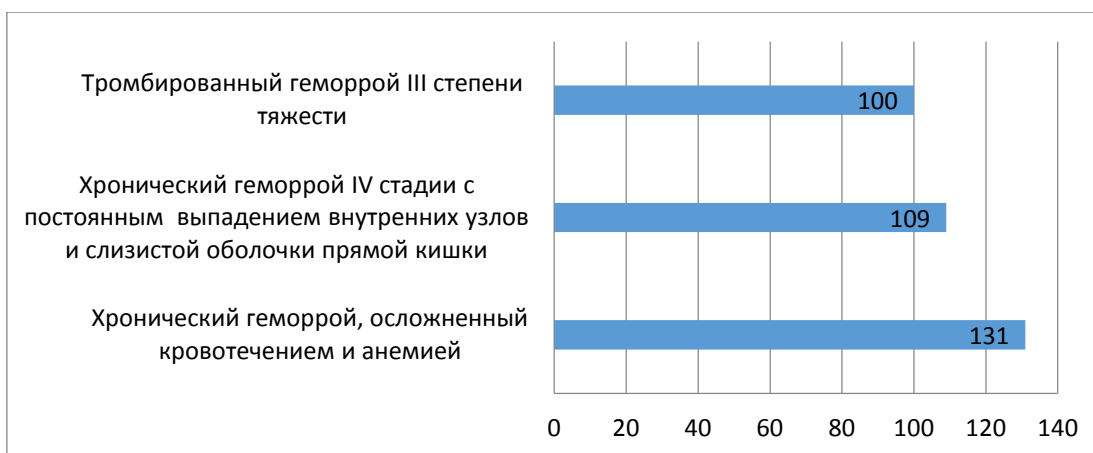


Рис. 2. Распределение больных контрольной группы по форме осложнения геморроя.

На следующий день после операции, во время первой перевязки, когда удаляли марлевую салфетку из анального канала, отмечали незначительное выделение крови из прямой кишки у 98 (28,8%) больных. В первый день после операции выраженный болевой синдром отмечен у 210 (61,8%) больных. На 3-4 день после операции во время первой дефекации боль возникла у 107 (31,5%) пациентов, у 72 (21,2%) больных тупая боль в области послеоперационных ран сохранялась до 7-8 суток. Рефлекторная задержка мочеиспускания наблюдалась у 17 (5%) больных, у 79 (23,2%) пациентов первый стул был затрудненным. У двух (0,59%) больных развился острый подкожный парапроктит.

Больные контрольной группы на стационарном лечении, в среднем, находились $10,34 \pm 0,063$ койко-дней ($P < 0,05$). Отдаленные результаты лечения изучены в сроки от 6 месяцев до 2 лет у 269 (79%) пациентов. Так, в отдаленные сроки у 12 (4,46%) больных отмечено периодическое выделение крови после дефекации. Через один год у 9 (3,34%) больных выявлена стриктура анального канала, у 4 (1,49%) больных через 6 месяцев после операции отмечено периодическое недержание газов. У 6 (2,23%) пациентов через два года возникла анальная трещина. Спустя один год после операции 11 (4,09%) больных отмечали незначительную боль при дефекации.

Таким образом, анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя методом геморроидэктомии с восстановлением слизистой анального канала показал, что после такой операции случаи возникновения осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки нередки.

В четвёртой главе «Хирургическое лечение осложненного геморроя у больных основной группы» рассмотрены результаты геморроидэктомии по усовершенствованной методике. В основную группу вошли 354 (51%) больных. Мужчин было 222 (62,7%), а женщин – 132 (37,3 %) (Рис.3).

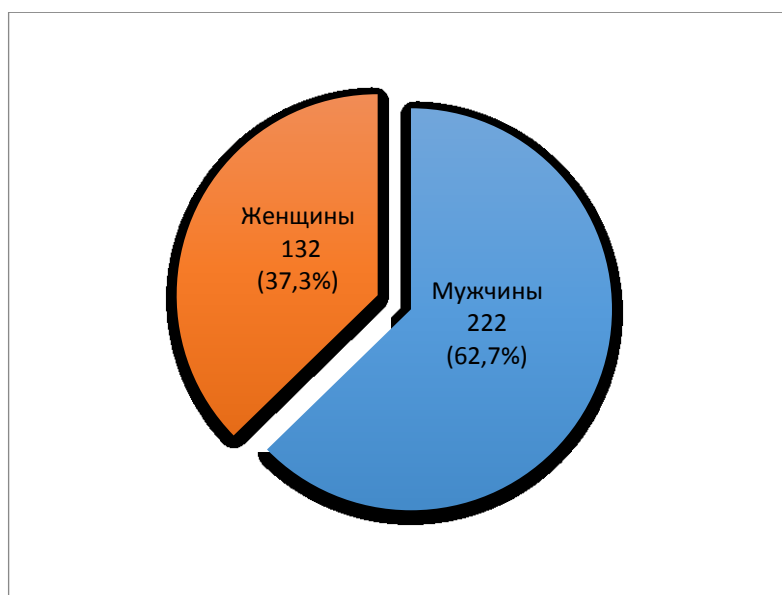


Рис. 3. Распределение больных основной группы по полу.

Средний возраст больных составил $43,35 \pm 0,662$ лет, ($P < 0,05$).

Из 354 больных основной группы с осложненными формами геморроя у 125 (35,5%) пациентов был хронический геморрой, осложненный кровотечением и анемией, у 115 (32,3%) – хронический геморрой IV стадии с выпадением внутренних геморроидальных узлов и слизистой оболочки прямой кишки, у 114 (32,2%) – тромбированный геморрой III степени тяжести (Рис.4).

Все эти больные были оперированы по предложенной нами усовершенствованной методике геморроидэктомии (Решение о выдаче патента Государственной службой интеллектуальной собственности и инноваций при правительстве Кыргызской Республики на заявку №20170067.1), которая заключалась в следующем: после обработки операционного поля и дивульсии анального сфинктера на внутренние

геморроидальные узлы, расположенные на 3-7-11-ти часах накладывали щипцы Люэра.



Рис. 4. Распределение больных основной группы по форме осложненного геморроя.

Затем на основании геморроидального узла, расположенного на 3-х часах накладывали зажим Бильрота, над зажимом иссекали геморроидальный узел до его сосудистой ножки. Сосудистую ножку прошивали длительно-рассасывающейся нитью и завязывали. Узел полностью иссекали на 0,3 см. выше прошивания и лигирования. После чего снимали зажим Бильрота и культю сосудистой ножки иссеченного геморроидального узла погружали в подслизистый слой под углом 90°. Затем рану анального канала ушивали наглухо с захватом дна раны узловыми швами. Таким же образом иссекали два остальных геморроидальных узла, расположенных на 7 и 11 часах, наружные геморроидальные узлы иссекали поочередно с ушиванием образовавшихся ран отдельными узловыми швами. При применении такой методики геморроидэктомии 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 в ближайшем послеоперационном периоде осложнение в виде кровотечения была всего у 2(0,6%)пациентов. В послеоперационном периоде 160 (45,2%) больных жаловались на довольно выраженную боль в области ран. У 36 (10,2%) пациентов во время первой перевязки на следующий день после операции, при удалении марлевой салфетки из прямой кишки, отмечено скудное выделение сукровичной жидкости.Из

больных основной группы только 32 (9%) пациента отмечали затруднение во время дефекации, болезненность во время первой дефекации – 39 (11%) больных, а тупую боль на 7-8 день отмечали - 56 (15,8%) человек. У 6 (1,7%) больных наблюдалась рефлекторная задержка мочеиспускания. Больные в отделении на стационарном лечении, в среднем, находились $7,74 \pm 0,074$ койко-дней ($P < 0,05$).

Среди больных основной группы отдалённые результаты лечения изучены у 250 (70%) пациентов. Так у 5 (2%) пациентов в отдаленные сроки отмечено периодическое выделение крови в незначительном количестве во время дефекации. А у трех (1,2%) пациентов через 6 месяцев после операции выявлена стриктура заднепроходного отверстия. Через 9 месяцев после операции у двух (0,9%) больных обнаружена анальная трещина. Через один год на незначительную боль при дефекации жаловались 3 (1,2%) больных.

Приведенный анализ результатов хирургического лечения осложненных форм геморроя по предложенной нами усовершенствованной методике, показал значительное снижение процента осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

В связи, с вышеизложенным считаем, что показанием к выполнению усовершенствованной методики геморроидэктомии являются осложненные формы геморроя. Такую операцию следует осуществлять после поднятия уровня гемоглобина выше 90 г/л у больных хроническим геморроем, осложненным постгеморрагической анемией; при хроническом геморрое IV стадии с постоянным выпадением внутренних геморроидальных узлов вместе со слизистой оболочкой прямой кишки в плановом порядке, а при больших размерах тромбированного геморроя в первые 48-72 часа от начала заболевания.

В пятой главе «Сравнительный анализ результатов хирургического лечения осложненного геморроя путем традиционной закрытой геморроидэктомии и усовершенствованной методикой» дана сравнительная оценка результатов лечения больных контрольной и основной групп в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки. При анализе ближайших результатов лечения (Таблица 5) .

Таблица 5. 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

мы оценивали случаи возникновения кровотечения, развитие острого парапроктита, выраженность послеоперационного болевого синдрома, выделение крови во время первой перевязки, боль во время дефекации на 3-4 сутки после операции, рефлекторную задержку мочеиспускания, затруднение акта дефекации, местную ректальную термометрию (Таблица 6).

А при оценке отдаленных результатов лечения проанализировали случаи выделения алой крови после дефекации, возникновение сужения заднепроходного отверстия, нарушение функции держания, появление анальной трещины, незначительную боль при дефекации (Таблица 7).

Таблица 6- Средние показатели термометрии анального канала у больных контрольной и основной групп ($M \pm m$).

Сутки	Исследуемые группы больных	
	Контрольная n=160	Основная n=170

3	37,3°±0,2°	37,2°±0,1°
5	37,7°±0,3°	37,5°±0,2°
7	37,2°±0,1°	37,1°±0,1°

Таблица 7. Сравнительная оценка отдаленных осложнений 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 количество 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.

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 ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Мадаминов А.М. Особенности хирургического лечения хронического геморроя III-IV стадии в сочетании с анальной трещиной / А.М.Мадаминов, Р.Н.Люхуров, М.М.Малькави // Вестник Кыргызско-Российского Славянского Университета. – 2016. – Том 16, №3. – С.49-51.
2. Результаты хирургического лечения хронического геморроя III-IV стадии, осложненного кровотечением / А.М.Мадаминов, М.М.Малькави, А.Ю.Айсаев, Р.Н.Люхуров // Вестник Кыргызско-Российского Славянского Университета. – 2016. – Том 16, №11. – С.46-49.
3. Мадаминов А.М. Хирургическое лечение хронического геморроя, осложненного кровотечением / А.М.Мадаминов, М.М.Малькави // Проблемы и вызовы фундаментальной и клинической медицины в XXI веке: ежегодный сборник научных трудов медицинского факультета КРСУ, выпуск 16. – Бишкек, 2016. – С.211-216.
4. Хирургическая тактика при хроническом геморрое IV стадии / А.М.Мадаминов, М.М.Малькави, А.Ю.Айсаев, С.И.Турдалиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского Университета. – 2017. – Том 17, №3. – С.33-36.
5. Мадаминов А.М. Хирургическая тактика при осложненном геморрое / А.М.Мадаминов, М.М.Малькави // Проблемы и вызовы фундаментальной и клинической медицины в XXI веке: сборник статей международной научной конференции, посвященной памяти профессора Китаева М.И., выпуск 17. – Бишкек, 2017. – С.58-62.
6. Мадаминов А.М. К вопросу хирургического лечения тромбированного геморроя II-III степени / А.М.Мадаминов, М.М.Малькави, А.Ю. Айсаев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского Университета. – 2017. – Том 17, №7. – С.44-46.
7. Мадаминов А.М. Способ хирургического лечения хронического геморроя III-IV стадии / А.М.Мадаминов, М.М.Малькави // Вестник

Кыргызско-Российского Славянского Университета. – 2017. – Том 17,
№7. – С.47-50.

соискатель

Малькави М.М.