

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра общей и факультетской хирургии

А.М. Мадаминов, Т.А. Осмонов

ГЕМОРРОЙ

Учебно-методическое пособие

Издательство Кыргызско-Российского
Славянского университета

Бишкек 2005

М 13

Мадаминов А.М., Осмонов Т.А.

ГЕМОРРОЙ: Учебно-методическое пособие /Кыргызско-Российский Славянский университет. – Бишкек, 2005. – 35 с.

Даны сведения об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и методах лечения геморроя. Материал изложен в соответствии с требованиями высшей медицинской школы. Рассчитан на студентов старших курсов медицинских факультетов, клинических ординаторов, врачей – хирургов, колопроктологов.

Рецензенты

докт. мед. наук, проф. Н.И. Ахунбаева
докт. мед. наук., проф. К.А. Адамалиев

Введение

Термин "геморрой" переводится как кровотечение (hemo + rhoe), т.к. основной признак болезни - ректальные кровотечения, иногда небольшие, легко компенсируемые, а иногда профузные, почти безболезненные, быстро приводящие к анемии. Понятие "геморрой", конечно, более сложное, это комплекс жалоб и объективных изменений, но, действительно, ректальные кровотечения во время дефекации составляют важнейший его симптом, и это название осталось. Сведения о геморрое прослеживаются с доисторических времен. Это одна из самых распространенных болезней человека, и хотя геморрой относится к так называемым доброкачественным заболеваниям и никогда не малигнизируется, но "качество жизни" при хроническом геморрое резко снижается - настолько, что многие больные, теряя надежду на выздоровление, стано-

вятся злыми, угрюмыми и приобретают характерный внешний вид, давно описанный как "лицо геморроидального больного". Причинам возникновения геморроя, его лечению посвящены тысячи книг и статей, и, тем не менее, постоянно появляются все новые гипотезы и даже факты, уточняющие механизм возникновения болезни, а реклама все новых средств ее лечения занимает многие страницы специальных и популярных изданий.

Патогенез

Испокон века считалось, что геморрой - болезнь обычных вен прямой кишки, их варикозное расширение (по аналогии с варикозным расширением, например, вен пищевода или нижних конечностей), но в последние 40-50 лет представление о патогенезе геморроя кардинально изменилось, и это привело к разработке принципиально новых методов его лечения. Необходимость дальнейшего изучения природы геморроидальных кровотечений диктовалась хотя бы тем, что эти кровотечения алыми брызгами или напряженной струйкой и по виду, и по содержанию в этой крови кислорода были не венозными, а артериальными, естественно, не было понятно многим хирургам и проктологам. Некоторые исследователи (В. Шклярский, 1838; И. Карпинский, 1870; цит. по В.Л.Ривкину и соавт., 2001) еще в прошлом писали о возможности прилива артериальной крови в "мельчайшие волосоподобные сосуды" геморроидальных узлов и об особой анатомии этих сосудов, построенных по типу кавернозных (эректильных) тканей, но наиболее серьезные исследования провел F. Stelzner (1962). Он описал в каудальной части подслизистой основы прямой кишки сосудистые тельца (*corpus cavernosum recti*) и показал их связь с системой верхней прямокишечной артерии. Как известно, подходя непосредственно к прямой кишке, эта артерия делится на 3 ветви, идущие по линиям, проецирующимся на 3, 7 и 11 часах по условному циферблату часов (при положении тела на спине). Именно в этих участках в подслизистом слое кишки формируются 3 группы таких кавернозных телец. Эти тельца - не патология, а нормальные кавернозные (пещеристые) сосудистые образования, закладывающиеся в процессе нормального эмбриогенеза (Л.Л. Капуллер и В.Л. Ривкин, 1985) и имеющиеся у людей любого возраста, в том числе у эмбрионов и детей. У детей кавернозные образования прямой кишки развиты плохо, размеры их небольшие, пещеристые полости (синусы) нечеткие; с возрастом размеры синусов и отдельных кавернозных телец увеличиваются. Это и есть анатомический субстрат будущих основных внутренних геморроидальных узлов. Важной особенностью строения любых кавер-

нозных сосудов является наличие в их стенках мелких артерий, которые, не распадаясь на капилляры, открываются прямо в просвет кавернозных вен, т.е. мы имеем дело с артериовенозными анастомозами, по которым артериальная кровь поступает в просвет кавернозных вен (рис.1). Отсюда становятся, наконец, понятны артериальные кровотечения из геморроидальных "вен". Какова же функция кавернозных структур прямой кишки? Вероятнее всего, это своеобразный гидравлический механизм: заполняясь кровью, эти образования сдавливают складки слизистой оболочки прямой кишки и герметизируют ее просвет, участвуя тем самым в анальном держании.

Таким образом, геморрой — это патологические изменения не обычных, а кавернозных, вен прямой кишки. Прямые артериовенозные анастомозы кавернозных телец прямой кишки объясняют артериальные кровотечения из геморроидальных узлов. В подавляющем большинстве случаев формируются только три основных внутренних геморроидальных узла - на 3, 7 и 11 часах по циферблату (при положении тела на спине). Впечатление о большем числе узлов создается из-за разветвлений дистальных участков этих трех основных узлов.

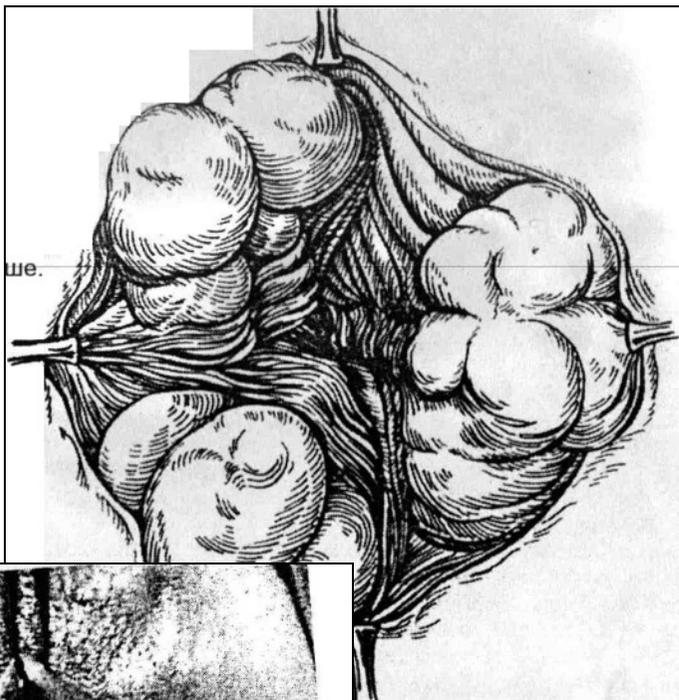


Рис. 1. Место впадения внутривенной артерии кавернозной вены в просвет вены. Ступенчатые срезы. Сосуды заполнены тушью. Ув. 280.

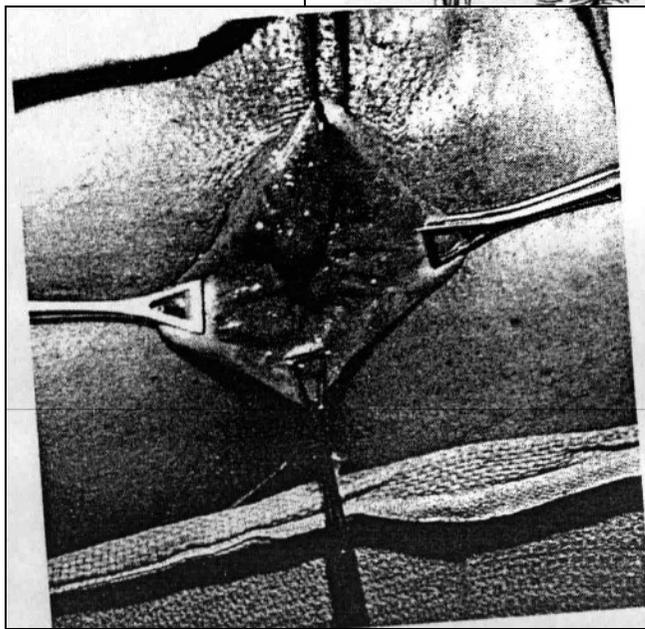
У больных начальными стадиями геморроя при пальцевом ректальном исследовании на левой боковой, правой переднебоковой и правой задне-боковой стенках анального канала, т.е. в точках (зонах), процирующихся на 3, 7 и 11 часов по циферблату (при положении тела на спине) можно определить мягкие, легко смещаемые, компактные образования ("анальные подушки"), которые при ректоскопии выглядят как слегка синюшные или, наоборот, красноватые выбухания. Это эмбрионально залеженные группы кавернозных вен, которые до поры до времени ничем не проявляются ("бессимптомный геморрой"). При неблагоприятных условиях, прежде всего при запорах, эти образования увеличиваются и их дистальные концы, "верхушки", разделяются на доли, начинают пролабирывать через задний проход и создается впечатление, что

узлов 6, 8 и больше. На самом деле внутренних геморроидальных узлов в подавляющем большинстве случаев только три (рис. 2), и на этом строятся ныне принципы радикального хирургического лечения геморроя. На рисунке схематически показано, как выглядят эти три узла при полной релаксации заднего прохода под наркозом и при растяжении его зажимами Алиса в 4 симметричных точках.

Рис.2. Основные внутренние геморроидальные узлы, проецирующиеся на 3, 7 и 11 часах по условному циферблату (при положении тела на спине)



Если осторожно, анатомическим пинце-



том захватить одну из разветвленных верхушек любого из трех узлов и слегка потянуть ее вниз, то ножка (шейка)

узла натягивается в виде паруса, и видно, что разветвления - не отдельные узлы, а часть одного из трех основных. Эти типичные три внутренних узла выглядят *per se* не так наглядно как на схеме, но все же достаточно четко (рис.3). Очень редко формируется маленький четвертый внутренний узел на 13 часах. Иногда можно определить пальцем пульсацию основного артериального сосуда, подходящего к основанию каждого узла. Такая картина во время операции достигается только при полной релаксации мышц сфинктера под наркозом (практически, лучше всего внутривенным) после дивульсии сфинктера ректальным зеркалом по горизонтальной и обеим косым линиям и после растяжения ануса зажимами Алиса.

Рис. 3. Внутренние геморроидальные узлы.

Классификация, клиника, лечение

Существует много классификаций геморроя - по анатомическому принципу (наружный и внутренний), по клиническому течению (острый и хронический), по степени тяжести (три или, по другим данным, четыре степени). Наблюдая в течение многих лет тысячи больных геморроем, В.Л. Ривкин и соавт. (2001) считают, что практически этих больных можно разделить на 5 групп, по отношению к которым лечебная тактика различна.

Бессимптомный геморрой

Конечно, с позиций медицинской статистики, заболеванием следует считать только такое состояние, при котором у человека появляются какие то жалобы, но с позиций профилактической медицины можно и следует учитывать те случаи, когда субстрат болезни имеется, а клиники пока нет. Исходя из вышеописанных современных представлений о патогенезе геморроя, у определенного числа практически здоровых лиц при ректальном пальцевом исследовании и кишечной эндоскопии на стенках анального канала, в трех типичных точках (вернее, зонах), проецирующихся на 3, 7 и 11 часов по циферблату определяются ма-

ленькие геморроидальные узлы, безболезненные, не кровоточащие, о которых "хозяин" пока не подозревает. При эндоскопии они выглядят как небольшие, слабо фиолетовой окраски, круглые или овальные участки, которые легко сдвигаются с места при пальцевом исследовании. Раньше, когда в нашей стране практиковались "поголовные" осмотры больших контингентов людей по разным признакам - школьники, пенсионеры, рабочие горячих цехов и т.д., таких людей выявлялось немало, и в этих случаях можно предпринимать определенные меры профилактики, да и лечение геморроя на ранних стадиях намного эффективнее. В комплекс таких массовых обследований колоноскопия не входила и не входит, это невыполнимо практически, но каждый человек, следящий за своим здоровьем, должен по достижении 40-45 лет быть обследован проктологом. Выявленный при этом геморрой пока не нужно лечить, достаточно этим людям (группа риска) дать совет о борьбе с запорами, о режиме труда (иногда даже рекомендуется сменить работу, например грузчиком), о диете, назначить специальные физические упражнения (гимнастика сфинктера), и во многих случаях удается если не излечить, то отсрочить появление геморроидального синдрома и снизить его интенсивность.

В связи с вышеописанным, при обнаружении во время кишечной эндоскопии трех выпячиваний слизистой оболочки прямой кишки в зонах 3, 7 и 11 часов ("анальные подушки") следует диагностировать бессимптомный геморрой, и у этой группы высокого риска необходимо предпринимать меры профилактики развития клинического геморроидального синдрома.

Острый геморрой

Синонимы - ущемленный геморрой, острый геморроидальный тромбоз. Следует, прежде всего, отличать это состояние от острого воспалительно-болевого анального синдрома, который часто возникает при воспалении морганиевых крипт (криптит, сфинктерит) или анальных сосочков (папилит). В последнем случае самих ущемленных геморроидальных узлов может и не быть, в то время как при типичном остром геморрое выпавшие внутренние узлы ущемляются спазмированным сфинктером, кровоснабжение нарушается, узлы набухают, становятся резко болезненными и перестают самостоятельно вправляться (рис. 4). Спазм сфинктера при этом – важный патогенетический фактор. Трудно сказать, что здесь первично и что вторично, но снятие спазма - задача первейшая, и некоторые опытные проктологи предлагают в таких случаях выполнять дозированную сфинктеротомию (F.Delco, A.Sonnenberg, 1998).

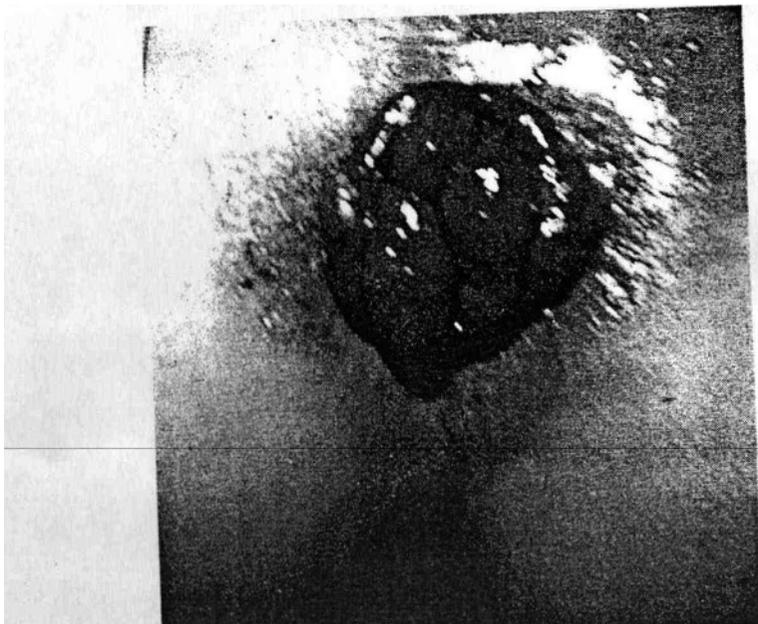


Рис. 4.
Острый геморрой. Ущемление выпавших внутренних узлов.

Эта манипуляция, о которой будет подробно говориться ниже, пока не входит в тактику лечения острого геморроя, но патогенетически она во многих случаях вполне оправдана (В.Л. Ривкин и соавт., 2001).

В клинике острого геморроя можно выделить 4 степени тяжести.

I степень. Небольшие подкожные, слегка болезненные образования с легкой гиперемией кожи над ними. Жалобы на жжение, зуд, усиливающиеся после дефекации, а также при обильном употреблении спиртного и острой пищи. При осторожном пальцевом ректальном исследовании отдельные узлы могут не определяться, ибо часто воспаляются их разветвленные на доли наружные дистальные участки.

II степень. Периаанальная область резко болезненна, гиперемирована. Пальцевое исследование почти невозможно, да и не нужно. Никаких инструментальных исследований! Кроме болей это ничего не даст. Никаких вправлений выпавших и ущемившихся узлов! Приходится читать даже в специальных статьях о возможности и даже необходимости вправить такие узлы в задний проход (после ванны или прямо в ванне). Это неверно, патогенетически не обосновано, может привести к ятрогенной травме, и уж никак не способствует дальнейшему контакту пациента с врачом. Единственное, что необходимо - дифференцировать это состояние с острым парапроктитом. При остром геморрое воспалительная реакция и гиперемия диффузна, занимает всё периаанальное кожное кольцо, а при парапроктите участок воспаления ограничен, локализован, часто флюктуирует. При парапроктите, как правило, поражается какая-то одна стенка анального канала и потому пальцевое исследование возможно, и при этом почти всегда можно определить "заинтересованную" стенку анального канала, где располагается внутреннее отверстие абсцесса.

При III степени тяжести острого геморроя описанная выше картина утяжеляется: вся окружность заднего прохода представляет собой резко болезненный плотный инфильтрат. Пальцевое исследование и ректоскопия без анестезии невозможны (и не нужны). Ущемленные багрово-синие геморроидальные узлы напряжены и не вправляются. У мужчин часто возникает дизурия, вплоть до анурии. У таких больных возникают резкие постоянные боли, причем не обязательно усиливающиеся во время или после стула. Общее состояние при этом обычно средней тяжести; лихорадки может не быть, в анализах крови почти без изменений, что говорит о местном характере процесса. При описанных II и III степенях тяжести острого геморроя местные воспалительные изменения выступают на первый план, в связи с чем в прежние годы выдвигалась теория о воспалительной природе болезни, но патоморфологические исследования убедительно свидетельствуют, что при остром геморрое первичен тромбоз, а воспаление всегда вторично; оно связано с изначальным нарушением кровообращения в ущемленных узлах и с проникновением инфекции в патологически измененные, легко ранимые ткани

узлов и окружающую их клетчатку. Если у таких больных не принимать интенсивных лечебных мер, то может развиваться гангренозный или гнилостный (последний час у стариков и соматически несохранных больных) процесс (IV степени) с расплавлением тканей промежности, с развитием тяжелых нагноений параректальной клетчатки, с выраженной общей интоксикацией, вплоть до сепсиса.

Лечение острого геморроя должно начинаться с консервативных мер. Постельный режим, щадящая диета, разжижение стула послабляющими средствами, холодные местные аппликации в первые сутки, теплые сидячие ванны со вторых суток, свечи, мази - вот традиционный и во многих случаях вполне удовлетворительный комплекс лечения острого геморроя, проводимый обычно с успехом в домашних условиях. Из последних местных препаратов, в изобилии рекламируемых, лучше всего, по нашему мнению, действуют недорогие свечи "Анузол" и свечи с календулой, а из иностранных - свечи и мазь "Фергюсон формула 361" и мазь Preparation H (США). В прежние годы свечи и мази подбирали и выписывали индивидуально, вводя в их состав экстракт белладонны, новокаин, ксероформ, адреналин, ихтиол, протеолитические ферменты, тромбин, гепарин и др. В наше время это не обязательно: официальные препараты действуют не хуже, нужно лишь внимательно прислушиваться к мнению больных, которые лучше всего оценивают их эффект. Кончик свечи перед введением нужно смазать вазелином или каким-либо жидким маслом (например, подсолнечным) и вводить ее в положении лежа на боку, не проталкивая свечу в ампулу кишки, а удерживая одну-две минуты в анальном канале. Из последних пероральных средств для лечения геморроя отметим Детралекс (дафлон, диосмин, гесперидин). Это препарат из группы флавоноидов (приготавливается из цедры китайского мандарина), сосудистый протектор, венотоническое средство, весьма активный *in vitro*, но плохо всасывается в пищеварительном тракте из-за относительно крупных размеров действующих частиц. С помощью микронизации (обработки сырья воздушной струей со сверхзвуковой скоростью) фирма Сервье добилась уменьшения размеров действующих частиц с 20 мкм до 2 мкм. Препарат применяют при венозной недостаточности нижних конечностей, а в последние годы при геморрое. Опубликовано несколько рандомизированных исследований (P.Godeberge, 1992; Y.No et al., 1999), показывающих эффективность детралекса при хроническом геморрое.

При тяжелых формах острого геморроя Детралекс снижает острое воспаление в более короткие сроки, чем традиционное лечение и делает возможным радикальные операции у этих больных. В комплексе консер-

вативного лечения детралекс является важным дополнением. Антибиотикотерапия нецелесообразна.

Отсюда ясно, что при остром геморрое первичен тромбоз кавернозных вен, а воспаление вторично. Консервативное лечение в острой стадии болезни дает непосредственный успех в большинстве случаев и с него следует начинать. В комплекс лечения входит местная терапия (свечи, мази), разжижение стула и перорально детралекс. Насильственное вправление выпавших ущемленных узлов опасно и нецелесообразно.

Понятно, что такое лечение паллиативно, эффективно только во время самого его проведения. С возобновлением привычного для данного больного образа жизни (особенно при тяжелых физических нагрузках, при запорах и т.п.) болезнь часто обостряется, иногда 2-3 раза в год, переходит в хроническую стадию и возникает необходимость применения более радикальных мер. Что касается оперативного лечения геморроя в острой стадии, то в настоящее время в специализированных проктологических клиниках разработаны и внедрены современные методы обезболивания и радикальных операций у таких больных. Подробнее об этом ниже, но еще раз отметим, что начинать лечение в большинстве случаев следует с консервативных мер.

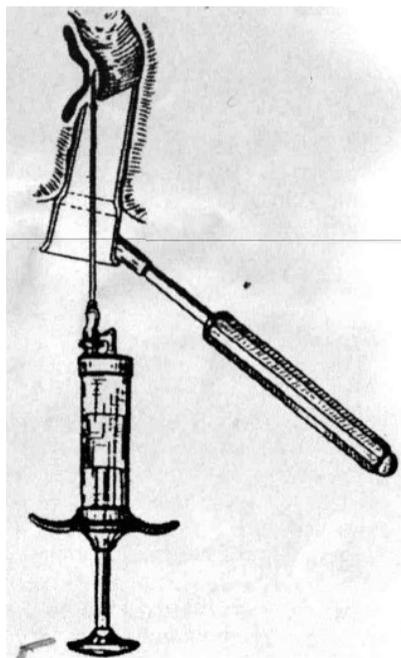
Геморрой с обильными упорными кровотечениями

Хотя, как уже сказано, само слово "геморрой" означает "кровотечение", практически можно выделить довольно большую группу больных, у которых ректальные кровотечения выступают на первый план и даже являются единственным признаком болезни. Чаще такие геморрагии возникают у молодых и физически крепких людей и быстро анемизируют больных, в то время как у пожилых людей с длительным анамнезом геморроя кровотечения могут быть необильными и, как правило, хорошо компенсируются организмом. Основным критерием для выделения этой группы является отсутствие выпадения узлов. У них при ректальном исследовании и эндоскопии на 3, 7 и 11 часах по циферблату на стенках анального канала определяются безболезненные, легко кровоточащие при дотрагивании, относительно небольшие по размерам образования. Убедившись, что кровотечения объясняются именно и только геморроем, т.е. после тотальной колоноскопии, и не получая успеха от начальной консервативной гемостатической терапии, следует предложить больным провести склерозирующие инъекции. Подбор кандидатов на этот метод лечения основывается на трех принципах: 1) инъекционному лечению не подлежат больные наружным геморроем и геморроем с вы-

падением узлов; 2) нельзя проводить склеротерапию при остром геморрое и при сочетании его с анальной трещиной, криптитом, папиллитом, упорной диареей; 3) инъекции нецелесообразны у пожилых больных, страдающих стойкой артериальной гипертензией. Резкое прекращение периодических ректальных кровотечений может у них вызвать ухудшение состояния. Подготовка к инъекциям проста – клизмы накануне и утром в день манипуляции или с помощью современных малоинвазивных драстиков (фортране). Склерозирующих растворов предложено много - 5% масляный раствор кристаллической карболовой кислоты, тромбовар, этоксисклерол и др.

Таким образом, склеротерапия внутренних, не выпадающих, кровоточащих узлов весьма эффективна и ее следует рекомендовать больным с упорными ректальными кровотечениями, но только после колоноскопии, которая удостоверяет, что других причин кровотечения нет. При всех случаях ректальных кровотечений необходимы ректальное пальцевое исследование и колоноскопия для исключения опухоли толстой кишки.

Техника инъекций также несложна. В коленно-плечевом или в положении на спине в гинекологическом кресле прямую кишку обрабатывают 1 % раствором йода и вводят операционный anoscope с подсветкой в ручке или с освещением от холодного источника как при эндоскопии. Толстую иглу, надетую на 10-граммовый шприц, вводят в верхний полюс геморроидального узла (рис.5.), обязательно выше зубчатой линии (примерно 1,2-1,5 см), до ощущения попадания в пустоту. Такое ощущение возникает при прокалывании иглой слизистой оболочки и правильном попадании в пространство между подслизистой основой и мышечным слоем. Чтобы не попасть в мышцы кишечной стенки, удобно ограничить длину конца иглы напайванием на нее в 1,5-2 см от края маленькой шайбы-ограничителя. Под постоянным визуальным контролем вводят 1,5-2 мл склерозирующего раствора. Раствор должен идти свободно при слабом давлении на поршень шприца. При правильном введении раствора в подслизистый слой манипуляция совершенно безболезненна, слизистая над местом инъекции немного набухает, и становятся видны мелкие капилляры. За один сеанс можно сделать инъекции в основания всех трех внутренних



узлов. Стул после инъекции специально задерживать не нужно, никакой особой диеты также не назначают. В большинстве случаев сразу после инъекций кровотечения останавливаются.

Рис.5. Склеротерапия геморроя. Правильное положение конца иглы при введении раствора.

Несмотря на огромный успешный мировой опыт, склеротерапия геморроя с упорными кровотечениями почему-то не входит в повседневный арсенал проктологов СНГ. Мы полагаем, что дело здесь в слишком широких изначальных показаниях к этому способу лечения, когда его применяли неадекватно и почти дискредитировали хороший метод лечения геморроя. Инъекции не показаны при наружном геморрое или при крупных выпадающих внутренних узлах. В этих случаях могут образоваться плохо рассасывающиеся олеомы. При введении раствора в зону зубчатой линии или, тем более, ниже нее, возникают боли. Первоначальное увлечение этой методикой, выполнение ее "по картинке", без специального обучения привело к тому, что многие проктологи отказались от инъекционного лечения геморроя, и напрасно. Многие опытные специалисты (Л.А. Благодарный, 1999) справедливо утверждают, что при четких показаниях и скрупулезной технике этот амбулаторный метод дает отличные результаты.

Геморрой у беременных

Считается, что женщины болеют геморроем реже мужчин, но это не так; просто женщины более терпеливы, они реже, только при сильных болях обращаются к проктологу, а кровотечения и другие признаки геморроя (выпадение "шишек") настолько характерны для беременности, родов и послеродового периода, что это признается чуть ли ни нормой. Кроме описанных выше эмбриональных факторов риска возможного развития геморроя, у женщин при беременности возникают и другие патологические факторы: частые запоры, сдавление тазовых сосудов беременной маткой, а в родах головкой плода, сильные потуги и др. Все указанные обстоятельства объясняют частое возникновение острого геморроя в раннем послеродовом периоде и делают эту проблему отдель-

ной и социально значимой. Наибольший опыт лечения геморроя у беременных имеет Н.В.Мун (1984). По его данным, у женщин, не имевших беременностей в анамнезе, геморрой диагностирован в 7,4%, в то время среди 2500 женщин, обследованных на разных сроках беременности, это заболевание было явно выражено в 40,5%, причем если геморрой был найден у каждой пятой беременной в возрасте до 20 лет, то у беременных старше 30 лет - у каждой второй. При этом почти в половине случаев, на ранних сроках беременности, это был описанный выше бессимптомный геморрой; никаких жалоб беременные не предъявляли, но при эндоскопии в типичных зонах анального канала у них обнаруживались геморроидальные узлы. Этот факт еще раз свидетельствует о пользе профилактических проктологических обследований, а в данном варианте выявление начальных признаков геморроя делало актуальным и действенным назначение специальных мер для профилактики развития геморроидального синдрома и для снижения его тяжести во время родов и в послеродовом периоде. Отмечено еще, что у беременных геморрой намного чаще сочетается с варикозным расширением вен нижних конечностей, чего не наблюдается в других обстоятельствах. В принципе, как было показано в предыдущих главах, патология сосудов анальной части прямой кишки при геморрое и варикозное расширение обычных вен - разные вещи, но у беременных, вообще более склонных к венозной патологии, такое сочетание более часто, что вполне понятно: застой крови в венах таза и нижней половины туловища усугубляет патологию как вен обычного строения, так, возможно, и кавернозных вен.

Лечение геморроя при беременности имеет свои особенности. При бессимптомном геморрое назначения, в общем, те же - ограничение острой пищи, легкие физические упражнения, осторожный водный туалет после стула, послабляющие средства. При появлении характерных жалоб, таких как кровотечения, боли, анальный зуд, проводят лечение названными выше свечами и мазями, назначают сидячие ванны, бутадион.

Отсюда можно сделать заключение, что геморрой при беременности следует лечить консервативно. Необходимы меры профилактики тяжелых обострений геморроя у повторно рожающих женщин, страдающих хроническим геморроем - разжижение стула, свечи, предупреждение потуг, вплоть до показаний к кесареву сечению. Выпавшие при родах, не ущемленные узлы можно осторожно, после теплой сидячей ванны, вправить.

Если же возникает необходимость в операции (очень редко), то тактика индивидуальна. При профузном кровотечении можно выпол-

нить склерозирующие инъекции, при выпадении больших узлов в данном случае можно попытаться их осторожно вправить в теплой сидячей ванне, но лучше этих ситуаций не допускать и интенсивно лечить геморрой при беременности консервативно. В раннем послеоперационном периоде первое опорожнение кишечника лучше проводить с помощью очистительной клизмы. При возникновении острого геморроидального синдрома применяют примочки с фурациллином, риванолом, новокаином, теплые сидячие ванны с перманганатом калия, компрессы с мазью Вишневского, а при тромбозе или флеботромбозе с успехом назначают свечи и мази с гепарином и ферментами (химотрипсин), предложенные А.А. Заремба (1987). В упорных случаях выполняют параректальную новокаиновую блокаду с добавлением канамицина. Учитывая, что у родильниц при остром геморрое может возникнуть состояние гиперкоагуляции, рекомендуются антикоагулянты в течение 5-7 дней. Благоприятно действует местное УВЧ-лечение. При выпадении узлов следует сразу после отделения последа (ущемление узлов происходит обычно через 15-30 минут) осторожно попытаться их вправить в теплой сидячей ванне. Повторяем, вправление выпавших узлов рекомендуется только у этой группы больных как временная мера, облегчающая состояние.

Хронический геморрой

Имеется в виду классический геморроидальный синдром: боли в заднем проходе во время и после дефекации, небольшие интермиттирующие кровотечения, также связанные со стулом, и выпадение внутренних узлов. Это часто сочетается с анальным зудом или чувством жжения или влажности в промежности, повышенной чувствительностью перианальной кожи и др. Генез всех этих симптомов очевиден. Боли связаны с раздражением нервных окончаний, близко подходящих к поверхности слизистой из-за истончения и разрыхления стенок анального канала, являющихся стенками самих узлов. Травма нервных рецепторов при прохождении каловых масс, вызывает боль, а она в свою очередь вызывает рефлекторный спазм сфинктера, и порочный круг замыкается. Такое состояние характерно для геморроя с относительно коротким анамнезом, а при длительности заболевания более 10 лет, наоборот, чаще мы имеем дело с недостаточностью заднепроходного жома. И этот феномен понятен: частое выпадение узлов, особенно когда они перестают самопроизвольно вправляться, может вызвать "усталость" мышц сфинктера, вынужденных постоянно удерживать "инородное тело" (геморроидальные узлы). Если боли очень сильные и постоянные, то очевидно сочетание

геморроя с другими поражениями анального канала, чаще всего с анальной трещиной. Такие сочетания легко объяснить: хронический геморроидальный воспалительный процесс затрагивает соседние структуры анального канала - глубокие и широкие крипты Морганьи (возникает хроническая трещина заднего прохода), дистальные расширения этих крипт (крипит), фиброзные заслонки этих крипт (папиллит) или всю слизистую анального канала (сфинктерит). Очень важно четко различать эти патологические изменения и не путать их с маленькими наружными геморроидальными узлами. Наружный геморрой может быть иногда (очень редко) самостоятельным заболеванием, но в подавляющем большинстве эти узлы есть "нижние верхушки" трех основных внутренних узлов, что определяет, например, хирургическую технику радикальной геморроидэктомии. Вторым признаком - кровотечения алой кровью - объяснен выше. Выпадение узлов связано, как также сказано выше, с потерей тонуса внутреннего заднепроходного сфинктера. Узлы постепенно перестают вправляться самостоятельно (теряется постепенно и сила волевых сокращений наружного жома) не только после дефекации, но при кашле, чихании, даже при ходьбе; больные вынуждены прибегать к вправлению выпадающих узлов руками. Они изобретают разные иногда совершенно невероятные, сложнейшие механические приспособления типа специальных сидений для унитаза, рычагов и т.п. Невправимые узлы, верхняя часть которых покрыта слизистой оболочкой прямой кишки (рис.6.) естественно, раздражают перианальную кожу и возникает зуд, увлажнение, расчесы и др.



Рис.6. Хронический геморрой. Невправимые

комбинированные (наружные и внутренние) узлы без четких границ между ними.

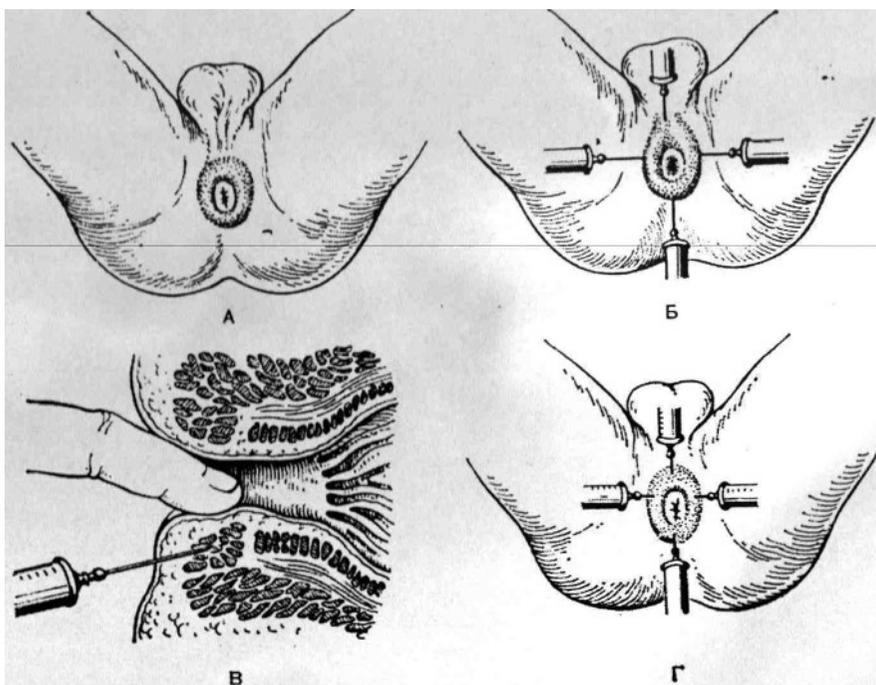
Диагностика хронического геморроя элементарна; достаточно наружного осмотра и ректального пальцевого исследования. Еще и еще раз подчеркиваем необходимость колоноскопии у всех больных геморроем, как, впрочем, и у всех других проктологических больных. Онкологическая настороженность! Нам не известны случаи малигнизации геморроидальных узлов, но клинические проявления хронического геморроя - это настоящая маска рака прямой кишки: те же боли и кровотечения, те же ложные позывы и тенезмы, а если эти болезни сочетаются (что у пожилых больных явление нередкое), то и выпадение узлов. Поэтому, диагностировав геморрой, нельзя назначать болеутоляющее или гемостатическое лечение без колоноскопии. До сих пор, к огромному сожалению, эта порочная практика не только нередка, но превалирует. Дифференцировать хронический геморрой необходимо и с начальными стадиями выпадения прямой кишки. Есть два основных признака, помогающих различить эти нозологии: при выпадении кишки столбик выпадающего участка явно длиннее такового при геморрое, до 10-20 см, он несколько изогнут, напоминает рог, в то время как при геморрое выпадающий участок прямой, имеет форму цилиндра с разветвленным дистальным концом. И второй признак: при выпадении прямой кишки на выпадающей слизистой можно различить вывернутую наружу зубчатую (гребешковую) линии анального канала, чего не бывает при геморрое с выпадением узлов. Дифференцировка этих двух заболеваний необходима, ибо их лечение, особенно хирургическое, совершенно разное.

Лечение

Как при любой форме и стадии геморроя, в данном случае лечение следует начинать с консервативных мер, и следует отметить, что у многих (если вообще не у большинства) этих больных консервативное лечение может проводиться и с успехом проводится всю жизнь. Щадящая диета, отказ от больших доз алкоголя, острой пищи, регулирование стула с помощью послабляющих средств, профилактика постоянных травм в области заднего прохода у водителей автомобилей с помощью специальных кольцевидных подкладок на сиденье, водный туалет после дефекации, названные выше свечи и мази - комплекс этих мер, к которым культурный человек привыкает без особого труда, дает возможность обходиться со своим геморроем почти без дискомфорта. Небольшие кровотечения без падения гемоглобина, нерезкие и быстро про-

ходящие боли во время стула, самопроизвольно вправляющиеся внутренние узлы не очень сильно отягощают больных, которые привыкают к своему состоянию. Подчеркнем, что у больных старших возрастных групп, страдающих артериальной гипертензией, геморроидальные кровотечения часто возникают при резких подъемах кровяного давления и являются, таким образом, демпфирующими. В общем, по данным ведущих проктологических клиник, хирургическому лечению подлежат не более 30% больных хроническим геморроем, да и среди них классическая радикальная геморроидэктомия применяется отнюдь не во всех случаях. Конечно, при пересчете в абсолютные цифры контингент больных геморроем, подлежащих оперативному лечению, очень большой, и операции по поводу геморроя занимают первое место в любом проктологическом стационаре, а также до сих пор нередко в общехирургических отделениях. Последнее обстоятельство вызывает обоснованное беспокойство специалистов-колопроктологов. Если ни одному серьезному хирургу не придет в голову оперировать плановых урологических или гинекологических больных, то почему-то до сих пор больных геморроем, анальной трещиной, хроническими параректальными и копчиковыми свищами часто оперируют не специалисты. В нашей стране это связано с относительно небольшим сроком развития колопроктологии и последипломного обучения врачей этой специальности. На примере хирургии геморроя проще всего показать кардинальные отличия в тактике и технике оперативного лечения этих больных.

Прежде всего, речь идет о паллиативных хирургических методах лечения геморроя, которые во многих случаях дают возможность больным с повышенными факторами операционного риска сохранять достаточно высокое качество жизни. К примеру, при остром тромбозе наружных геморроидальных узлов часто бывает достаточно в амбулаторных условиях под местной анестезией маленьким разрезом извлечь тромб и наложить на рану 1-2 кетгутовых шва. При хроническом геморрое с выпадением узлов в последние годы достаточно широко применяется лигирование таких узлов латексными кольцами, также в амбулаторных условиях. Скажем здесь, что амбулаторные проктологические операции становятся все более частыми, и при соблюдении определенных условий (специальное оборудование операционной, квалифицированный штат) и при четких показаниях, такие операции по всем параметрам полностью сравнимы со стационарными, а их экономическая эффективность, естественно, намного выше (А.Д.Турутин, 1998). Отметим еще здесь же, что обезболивание проктологических операций, в том числе амбулаторных, предпочтительно общее. Большинство проктологических операций по поводу неопухолевых заболеваний относительно короткое, в среднем до 30 минут, и потому внутривенный или масочный наркоз (особенно с применением ларингеальной маски) полностью снимает рефлекторный спазм заднепроходного сфинктера, что упрощает его дивульсию и создает неизменную вливанием больших объемов местного анестетика анатомическую экспозицию для оператора, работающего в пределах узкого анального канала. Но для небольших манипуляций и операций типа ис-



сечения анальных полипов или отдельных наружных геморроидальных узлов, удаления тромбов из ущемленных наружных узлов, иссечения воспаленных заднепроходных крипт и т.п. достаточно местной новокаиновой инфильтрационной анестезии, подробно разработанной и описанной А.Н.Рыжих (1968) (рис.7).

Рис.7. Местная анестезия при операциях на заднем проходе и анальном канале. Объяснение в тексте

Первый вкол тонкой иглой делают на 6 часах по циферблату, меняют иглу на более толстую и из этой, уже анестезированной точки выполняют подкожное введение новокаина по всей окружности ануса (возникает характерная "лимонная корочка"). Теперь из точек на 3, 12, 9 и 6 часах вводят (медленно и предупреждая больного об уколе) по 20 мл новокаина, а в точку на 6 часах до 50-60 мл (пресакральная блокада). Точное следование этой технике местного обезболивания обеспечивает почти безболезненное проведение некоторых небольших по объему проктологических операций, хотя - подчеркиваем еще раз - при наличии условий следует как можно чаще применять наркоз.

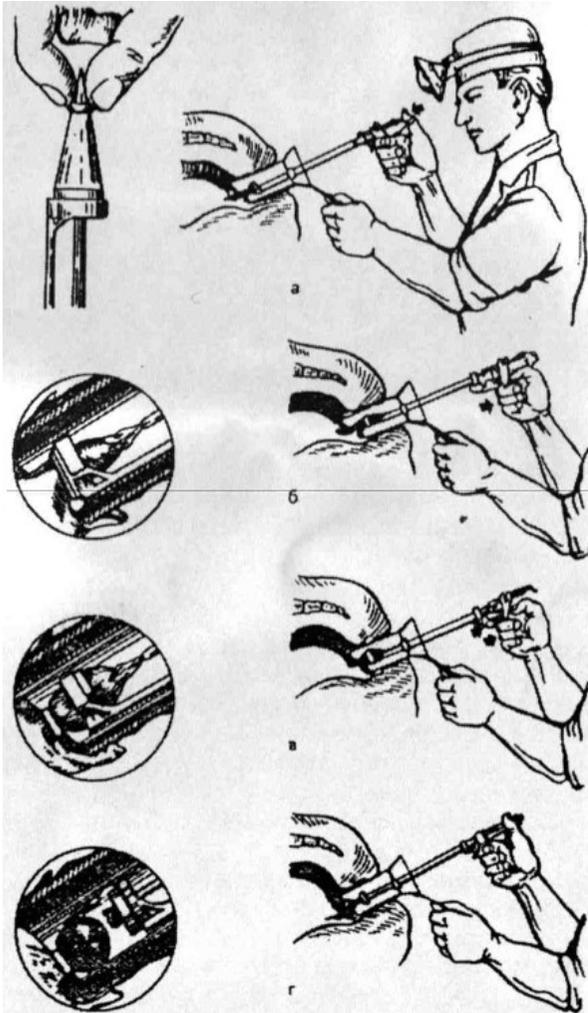


Рис. 8. Лигирование внутреннего геморроидального узла. Объяснение в тексте

Вернемся к паллиативному хирургическому лечению геморроя. В 60-х годах 20 века Е.Ваггон сконструировал специальный лигатор для перевязки внутренних геморроидальных узлов эластическим резиновым кольцом (шайбой), и эта методика быстро вошла в арсенал средств лечения геморроя. На рис.8 схематически доказан сам инстру-

мент и техника лигирования. В положении тела больного на левом боку через аноскоп в прямую кишку вводят собранный инструмент (рис. 8а), и, нажимая на кнопку, захватывают узел за верхушку крючками зажима (рис. 8б) и втягивают узел внутрь втулки устройства. На ножку узла из внутренней втулки сбрасывается эластичная лигатура, ложащаяся на ножку узла выше зубчатой линии анального канала (рис.8в). После это-

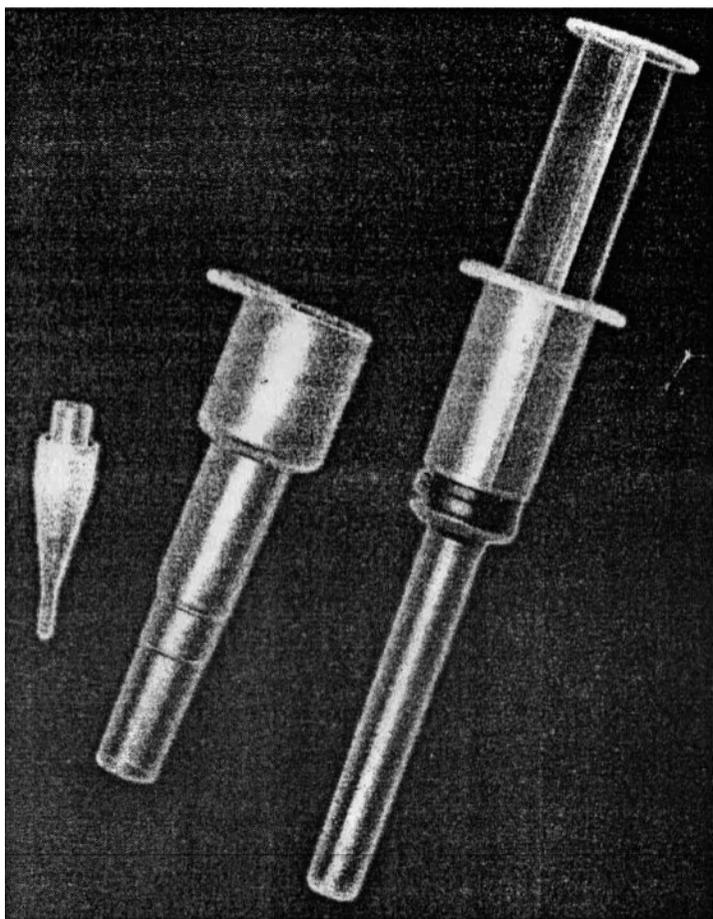
го, вновь надавливая на кнопку раскрытия зажима, освобождают верхушку узла от крючков зажима (рис. 8г) и извлекают инструмент. В опытных руках вся манипуляция занимает несколько минут. Через 3-4 дня передавленная ножка узла некротизируется и сам узел отпадает, а еще через 2-3 дня отторгается сама эластическая шайба. Большие узлы лучше перевязывать поочередно, с интервалом около месяца. После манипуляции нерезкие боли в заднем проходе легко купируются анальгетиками без применения опиатов. Мировой и наш собственный опыт свидетельствует о достаточно хороших непосредственных и отдаленных результатах этого "полухирургического" амбулаторного метода лечения геморроя с выпадением узлов при обязательном соблюдении нескольких условий. Во-первых, шайбу нужно накладывать на ножку узла только выше зубчатой линии, иначе будет выражен длительный и интенсивный болевой послеоперационный синдром. У больных с очень длительным анамнезом выпадения узлов часто эта граница нечеткая и, кроме того, у них трудно дифференцировать отдельные узлы. Во-вторых, нельзя лигировать шайбой узлы при комбинированном (внутреннем и наружном) и остром геморрое. Хороший эффект манипуляции достигается только с приобретением навыков, т.е. необходимо специальное обучение врача. Эти обстоятельства, по-видимому, сдерживают широкое внедрение инструментального лигирования геморроидальных узлов в отечественную практику, а жаль, ибо данный метод может принести пользу многим больным. O'Regan (1999) предлагает одноразовый лигатор типа шприца, что облегчает манипуляцию (рис.9). Под местной анестезией (микроклизма 2% вязким лидокаином) вводят лигатор на всю длину и медленно выводят его назад до уровня внутреннего геморроидального узла (этот уровень, расположенный на 1-2 см над зубчатой линией, заранее отмечают на самом лигаторе). Установив лигатор на нужном уровне, потягивают поршень шприца, создавая вакуум и всасывая в полость шприца внутренний узел. При этом выполняют тест на правильность манипуляции: поворачивают лигатор на 180 градусов и если при этом больной испытывает какой-либо дискомфорт, то возвращают лигатор в правильное положение. Зная расположение трех основных внутренних узлов, втягивание в шприц участков слизистой вместе с узлом не представляет особых трудностей (конечно, повторяем, при наличии навыка). После этого специальный толкатель, смонтированный в шприц, сбрасывает шайбу на ножку узла, т.е. на всю "всосанную" в шприц ткань. Хотя, манипуляция в данном случае выполняется почти вслепую (освещение только с помощью лобного рефлектора), по мнению автора метода O'Regan (1999), трудностей почти не возникает. Вся процедура длится

около 30 секунд. Перевязанный узел выглядит после этого как грибовидное образование 8 мм в диаметре. Шайбы накладывают шаг за шагом, чтобы максимально зафиксировать выпадающие участки слизистой в трех классических местах локализации внутренних геморроидальных узлов - на правой задней, правой передней и левой боковой стенках анального канала.

Рис. 9. Одно-разовый геморроидальный лигатор

С 1995 г. по 1998 г. Р. O'Regan выполнил таким одноразовым лигатором

перевязку внутренних геморроидальных узлов у 480 больных (перевязано 1685 узлов) и проследил отдаленные результаты в сроки от 3 до 50 месяцев. Ни в одном случае не потребовалось удалять шайбу из-за болей или смещения с места. Только у 23 из 383 больных, которым манипуляцию выполняли под местной анестезией лидокаином, потребовалось дополнительно назначать анальгетики, в то время как при манипуляции без анестезии дополнительное обезболивание потребовалось у 21 из 97 больных (22%). У 12 больных перевязка узлов не привела к выздоровлению и им выполнена геморроидэктомия. У одного больного через 9 дней после манипуляции появилось спонтанное кровотечение, потребовавшее гемотрансфузии. Еще у одного 28-летнего больного с третьей стадией выпадения узлов возникли сильные боли, дизурия и местное воспаление (перианальный абсцесс). Больного госпитализировали, и по-



сле вскрытия гнойника и антибиотикотерапии он поправился. Отметим, что приведенный опыт использования одноразового лигатора пока широкого внедрения, по-видимому, не нашел; во всяком случае, других такого рода публикаций нам не попало. Но сама идея, простота манипуляции привлекают.

Отсюда следует, что лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами может быть успешным при наложении кольца (шайбы) на ножку (шейку) узла выше зубчатой линии анального канала, где нет чувствительных нервных окончаний. При комбинированном геморрое (наружные и внутренние, трудно дифференцируемые узлы) эта методика применяться не должна

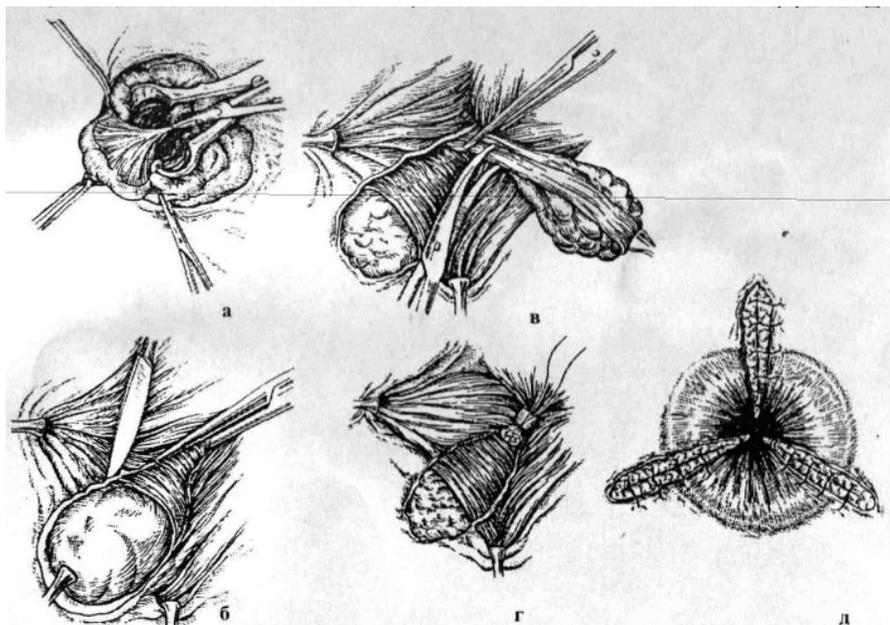
Из других современных так называемых полухирургических способов лечения геморроя по определенным показаниям следует назвать инфракрасную и лазерную коагуляцию узлов, биполярную диатермию, криохирургию. Наиболее полный последний обзор и опыт применения таких способов лечения геморроя приведен в работе Л.А.Благодарного (1999). Автор суммирует опыт лечения 1025 больных разными формами и степенями геморроя и показывает, что на современном этапе показания к радикальной геморроидэктомии возникают меньше, чем у половины всех таких больных, а у остальных может быть с успехом проведено лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными шайбами (около 30% больных), склеротерапия (15%) или инфракрасное облучение кровоточащих узлов. Инфракрасная фотокоагуляция эффективна в начальных стадиях болезни, в то время как склеротерапия может применяться чаще, многоэтапно и для профилактики болевого синдрома дополняется лазеротерапией. Лигирование геморроидальных узлов латексными шайбами (кольцами), выполненное по правильным показаниям, привело к стойкому успеху почти у 90% больных. В поздних стадиях болезни, при выпадении узлов, все специалисты-проктологи применяют радикальную операцию Миллигана-Моргана в известных ее модификациях и подслизистое иссечение узлов (операция Паркса). Отметим, что при геморрое с выраженным спазмом предлагается дополнять операцию дозированной сфинктеротомией.

Радикальные операции при геморрое

Невозможно перечислить все предлагавшиеся ранее и предлагающиеся до сих пор радикальные операции при геморрое. Наиболее распространенными еще 20-30 лет назад в нашей стране были различные

способы перевязки геморроидальных узлов, из которых самой радикальной и широко применявшейся была методика А.Н.Рыжих - поочередная перевязка внутренних узлов с подведением под лигатуру перед ее затягиванием 1 % новокаина и с отдельным иссечением наружных узлов. Сейчас эта операция почти всеми оставлена в связи с широким внедрением более патогенетически обоснованной методики Миллигана-Моргана. Оставлена также в прошлом, но по другим причинам, операция Лорда - растяжение заднего прохода под местной анестезией лидокаиновым гелем. Эту манипуляцию раньше применяли при геморрое со спазмом сфинктера и при анальной трещине, но у многих больных после нее оставалась стойкая анальная недостаточность. За рубежом (изначально в Англии) уже давно подавляющее большинство проктологов применяют радикальную геморроидэктомию по Миллигану-Моргану, разработанную еще в 30-х годах 20 века. Эти хирурги практически показали наличие только трех внутренних геморроидальных узлов на 3,7 и 11 часах по циферблату с разветвленными их наружными (дистальными) верхушками и обосновали в связи с этим совершенно новую операцию, названную их именами. Только через 50 лет анатомические и гистологические исследования подтвердили наличие в анальном канале, действительно, только трех крупных групп кавернозных вен, из которых именно в указанных участках и формируются только три узла. Это редкий, но отнюдь не исключительный случай, когда хирурги-практики опережают анатомов. Операция Миллигана - Моргана, на наш взгляд, наиболее анатомически обоснована и, стало быть, наиболее радикальна.

После дивульсии сфинктера, которая под наркозом выполняется легко и полноценно, задний проход растягивают 4 зажимами Алиса, по-



тягивают анатомическим пинцетом один из узлов (обычно начинают с узла на 7 часах) за верхушку (его "шейка" при этом принимает вид паруса) и накладывают на его натянутую ножку (шейку) малый изогнутый зажим Биллрота, направляя концы браншей зажима немного кнаружи, к хирургу (рис. 10а).

Рис.10. Радикальная геморроидэктомия по Миллигану-Моргану с ушиванием дна перианальных ран.

Зажим накладывают обязательно выше зубчатой линии, что обеспечивает резкое снижение длительности и интенсивности болей после операции. Узел очерчивают скальпелем от браншей наложенного зажима грушевидным разрезом, выходя на наружную часть узла, т.е. на перианальную кожу (рис. 10б). Маленькими ножницами узел отсекают снаружи внутрь от подкожной клетчатки и подслизистого слоя анального канала до наложенного зажима (рис. 10в), перевязывают или прошивают ножку узла и отсекают его (рис. 10г). Точно также иссекают остальные два узла, и в конце операции остается трехлопастная открытая рана. Оригинальная операция Миллигана-Моргана на этом заканчивается; раны не ушивают специально, ибо по идее, их рубцевание лучше герметизирует просвет анального канала. Кроме того, в то время ушивать раны, сообщающиеся с просветом прямой кишки, не полагалось. В НИИ проктологии МЗ РФ модифицировали эту операцию и ушивают дно трех этих ран (рис. 10д), что приводит к их более быстрому заживлению и к формированию более тонких линейных рубцов. Узловыми кетгутowymi швами рану по всей длине ушивают, захватывая в каждый шов дно раны и один ее кожный край. Кроме суживания ран и, соответственно, более быстрого их заживления, эта манипуляция обеспечивает фиксацию кожных краев таких перианальных ран, т.е. выполняется пластика анального канала. В последние годы стали ушивать эти раны наглухо ручными (рис. 11) или механическими (рис. 12) швами. Во всех трех случаях первая часть операции состоит в иссечении трех основных внутренних узлов, а ушивание ран или оставление их открытыми - это детали, которые применяются проктологами по своему разумению и опыту.

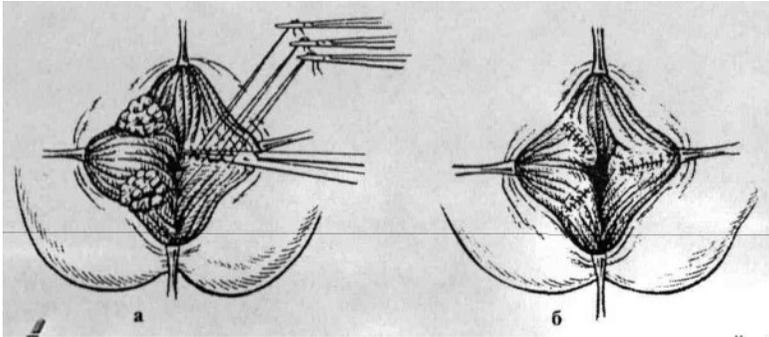


Рис. 11. Геморроидэктомия с полным восстановлением слизистой оболочки ручными швами на зажиме.

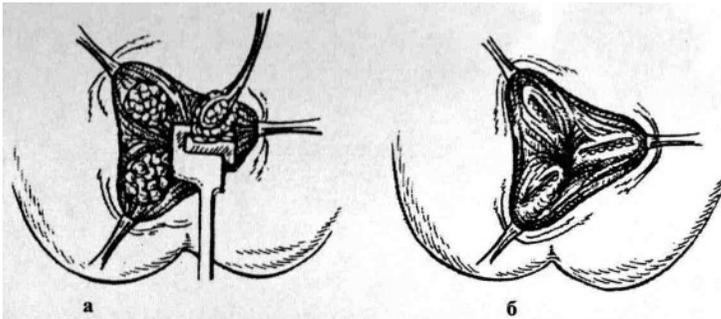


Рис. 12. Та же операция с механическим ушиванием ран анального канала

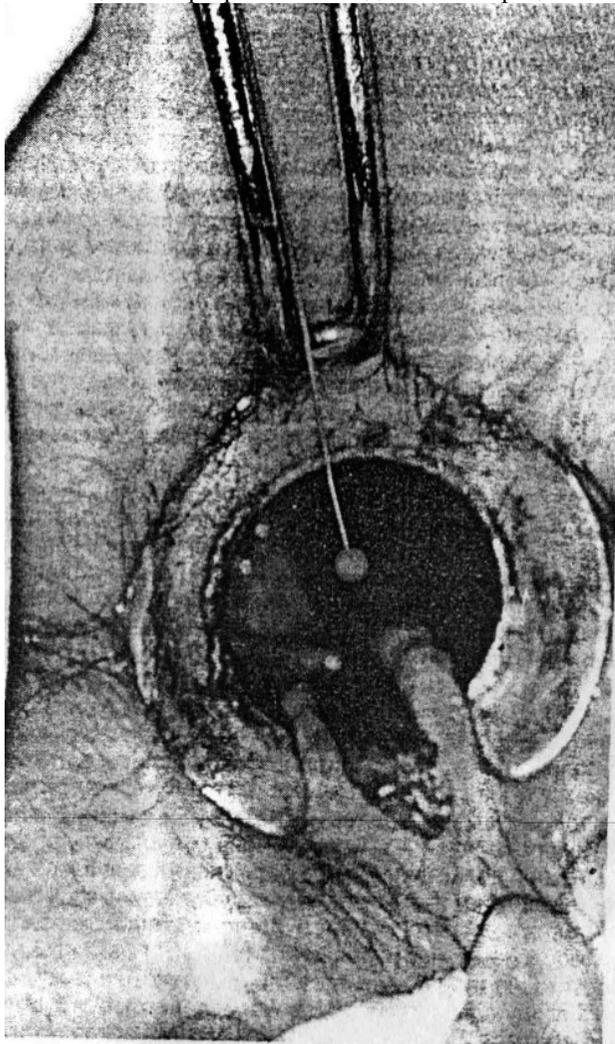
И этот опыт показывает, что заживление ушитых перианальных ран в большинстве случаев проходит без осложнений; эти раны хотя и загрязняются калом во время дефекации, но, по-видимому, местный иммунитет к "собственной" инфекции достаточно силен, и гнойных осложнений почти не возникает. Применяя современные, рассасывающиеся в заданные сроки, шовные материалы и перевязочные средства (А.Адамян, 1998), можно в большинстве случаев предупредить развитие гнойных осложнений, которые в прошлые годы обуславливали отрицательное отношение к глухому ушиванию ран прямой кишки и анального канала.

Таким образом, радикальная геморроидэктомия по Миллигану-Моргану с частичным или полным ушиванием перианальных ран является оптимальным методом хирургического лечения геморроя. Иссечение трех основных узлов с предварительным лигированием их сосудистых ножек делает операцию бескровной, а ушивание дна трех формирующихся в ходе операции перианальных ран ускоряет сроки их заживления и улучшает герметизацию анального канала.

Послеоперационный период проводят с задержкой стула на 2-3 дня без применения опиатов. Проводится регулярная смена повязок с водо-растворимыми мазями (первая перевязка на следующий после операции день), профилактика запоров (первый стул обязательно с встречной клизмой или после перорального назначения вазелинового масла). В прежние годы обсуждалась проблема применения разных повязок, сроков их смены и т.п., и еще недавно, в 1994 г, L. Myles et. al. сравнили применение обычной повязки и специальной губки с желатиновой пеной (Спонгостан). Оказалось, что эта губка не имеет никаких преимуществ перед обычными повязками, если не считать, что губка дороже. Соблюдая определенные правила - дооперационное противовоспалительное лечение, нормализацию показателей крови - эти же операции можно применять и у больных острым геморроем. Сравнительная оценка новых и старых классических методов радикальной геморроидэктомии однозначно и достоверно свидетельствует в пользу операции Миллигана-Моргана. Подавляющее большинство хирургов-проктологов сейчас оперируют больных геморроем по этой методике, в то время как общие хирурги по-прежнему придерживаются старой тактики, а некоторые продолжают применять такие сверхрадикальные методы как, например, круговое иссечение выпадающих узлов и слизистой анального канала по методу Уайтхеда. Может быть, в руках авторов эта операция в авторской модификации адекватна, но мы рекомендуем операцию Миллигана-Моргана и ее модификации с частичным или полным ушиванием ран стенок

анального канала. В иностранных источниках пропагандируется еще подслизистое иссечение трех основных внутренних узлов путем треугольного рассечения над ними слизистой оболочки с последующим укладыванием этих лоскутов на оставшееся ложе и ушиванием слизистой (операция Паркса). Этот вариант технически сложнее, но также радикален. Пока эта операция широкого распространения не получила. Операция Миллигана-Моргана может выполняться и при остром геморрое после проведения в течение 3-4 дней противовоспалительного местного лечения.

В специализированных проктологических стационарах радикальная геморроидэктомия может выполняться и при остром геморрое. Кратковременная предоперационная антибиотикопрофилактика и применение специально разработанных деталей операции позволяют радикально



излечить большинство таких больных и избежать таких осложнений как стриктура или, наоборот, недостаточность сфинктера.

В США чаще применяют закрытую геморроидэктомию по методу Ferguson (1959). Под наркозом или (довольно часто) под эпидуральной анестезией в положении "перочинного ножа" (на боку с приведенными к животу и согнутыми в коленях ногами) или в

положении для литотомии липким пластырем растягивают ягодичцы и накладывают на основание внутреннего геморроидального узла кетгутый шов, который завязывают вокруг этого основания (ножка узла). Этот шов-держалка предотвращает кровотечение во время иссечения узла, и с его помощью узел подтягивают книзу, отсекают его от подкожной порции наружного сфинктера (рис. 13) и ушивают получившуюся рану наглухо, коагулируя мелкие сосуды по поверхности раны. Рану ушивают пятью-шестью кетгутowymi швами, прикрывая слизистой и первый шов, наложенный на ножку узла. При формировании больших перианальных дефектов края кожи с обеих сторон надсекают и закрывают рану. В конце операции образуется три таких кожно-слизистых раны, заживающих, как правило, первичным натяжением в течение 3-4 недель. Латеральную сфинктеротомию для снятия послеоперационного болевого синдрома делать не следует; достаточно назначения димедрола внутримышечно каждые 3-4 часа в течение первых послеоперационных суток. Никакой специальной задержки стула не нужно. Наоборот, назначают послабляющие средства (вазелиновое масло) с первых суток для мягкого самостоятельного стула. Вызывание первого стула клизмой после этой операции в большинстве случаев болезненно и часто приводит к расхождению швов и нагноению ран. Ранняя активизация больных, применение шовного материала с заданными сроками рассасывания кетгута, обычное питание и мягкий самостоятельный стул способствуют быстрому выздоровлению, и средний срок послеоперационного стационарного лечения не превышает 2-3 дней. Больных амбулаторно перевязывают ежедневно после сидячих ванн и накладывают повязки с антисептическими мазями. Отметим, что методика Фергюсона напоминает операции, разработанные А.М. Коплатадзе для хирургического лечения острого геморроя. Подробные детали всех радикальных геморроидэктомий описаны в специальных монографиях (В.Л. Ривкин, Л.Л.Капуллер, 2000).

Рис.13. Геморроидэктомия по Фергюсону. Объяснение в текст

Несмотря на крупные рандомизированные исследования, которые, казалось бы, должны закрыть проблему и отдать приоритет в хирургическом лечении геморроя операциям Миллигана-Моргана и методике Фергюсона, по-прежнему в литературе публикуются все новые и новые предложения. М.Rowsell et al. (2000) на опыте всего 22 операций пропагандируют так называемую циркулярную геморроидэктомию с применением стаплера, а В.Mehigan et al. (2000), основываясь на 40 операциях, противопоставляют примерно такую же операцию методике Миллигана-Моргана, проверенную и показавшую прекрасные результа-

ты более чем на 10 тысячах больных. Это типичные случаи; каждый следующий автор, внося какие-то новшества основанные на новых инструментах и сшивающих аппаратах, пытается доказать что все предыдущее было неверно. Надо помнить, что лучшее - враг хорошего (особенно если это "лучшее" есть лишь мнение авторов)

Если перечисленные выше современные радикальные операции при геморрое, так или иначе, преследуют цель удалить основные коллаторы к кавернозной ткани, лежащей в основе формирования геморроя, то появляются предложения, основанные на совершенно иной концепции. Речь идет об операции по методу Longo (1998). После наложения на слизистую оболочку прямой кишки одного-двух кисетных швов на 3-4 см выше зубчатой линии с помощью циркулярного сшивающего аппарата прошивают этот участок слизистой и как бы натягивают ее вверх. При этом, по мнению авторов, прерывается связь между верхней прямокишечной артерией и ее главными нисходящими ветвями, т.е. прекращается кровоснабжение геморроидальных узлов. Трудно, правда, представить себе, что уже сформировавшиеся внутренние геморроидальные узлы при этом застывают. Пока опыт авторов не велик и сроки отдаленных наблюдений составляют не более 20 месяцев. Может быть, при начальных формах выпадения прямой кишки (выпадение слизистой) эта операция адекватна, но авторы рекомендуют ее и при геморрое, что, на наш взгляд, не оправдано.

Главное в хирургическом лечении геморроя - навык оператора, обучение общих хирургов основам проктологии. Без этого возможны такие типичные осложнения как недостаточность сфинктера или, наоборот, рубцовая стриктура анального канала. В первом случае причина осложнения - слишком грубая дивульсия анального сфинктера, разрыв его мышечных волокон при перерастяжении его пальцами хирурга. Лучше проводить дивульсию не пальцами, а ректальным зеркалом, постепенно расширяя его бранши до их свободного максимального сведения, когда ручки зеркала свободно постукивают друг о друга. Расширение анального канала зеркалом лучше проводить по горизонтальной линии, на 3-9 часах; растяжение по вертикальной линии (на 6-12 часах) может приводить к сдавлению уретры, что вызывает у мужчин послеоперационную дизурию. Второе осложнение обычно связано с тем, что хирург не оставляет между удаляемыми внутренними узлами достаточной ширины участки слизистой ("мостики ткани"), и возникает рубцовая стриктура ануса. Это происходит при простой перевязке более трех узлов, когда хирург, не зная современного патогенеза внутреннего геморроя, удаляет 4, 5 или более узлов, в то время как их всего три. Лучшей про-

филакстикой этого осложнения является как раз операция Миллигана-Моргана, при которой между культями трех внутренних узлов всегда остаются достаточно широкие полоски слизистой. Лечение обоих описанных осложнений, особенно стриктуры, - трудная задача. При анальной недостаточности назначают специальную гимнастику сфинктера, в том числе по методу адаптативного биоуправления, обратной биологической связи (biofeedback). Метод "биофидбек" заключается в тренировке мышц, сфинктера под визуальным контролем самого больного, которому демонстрируется запись нормальных сокращений жома. Постепенно, увеличивая самонагрузку, больной пытается приблизить видимую кривую своих сокращений к норме. При упорной длительной тренировке, в комплексе с диетой, способствующей уплотнению каловых масс, при общеукрепляющих водных и иных процедурах иногда удается добиться восстановления удовлетворительного анального держания, но вообще лечение послеоперационной, в данном случае ятрогенной, слабости сфинктера заднего прохода, повторяем, - задача очень трудная. Не легче, а во многих случаях труднее, справиться с послеоперационной стриктурой ануса, особенно если она формируется на каждом уровне. Приходится длительно бужировать задний проход, обучая этому самого больного, а при неуспехе прибегать к сложным пластическим операциям. Из других осложнений описывают кровотечения, связанные с отторжением лигатуры с ножки узла, чаще всего при первой послеоперационной дефекации. Поэтому первый стул после геморроидэктомии следует проводить с помощью клизмы, и вводить наконечник клизменного баллона лучше самому хирургу, который знает расположение культей отсеченных узлов. Что касается опасности восходящей тромбоземболии при и после геморроидэктомии, то таковой почти не существует, т.к. диаметр отводящих вен узлов на порядок меньше диаметра расширенных тромбами кавернозных вен.

Классическая радикальная геморроидэктомия - вовсе не такая легкая операция, и не такая частая, как в практике общих хирургов. Это все же операция на кровеносных сосудах и, кроме того, после нее все еще довольно часто приходится встречаться с такими серьезными осложнениями как стриктура или, наоборот, недостаточность заднего прохода. Радикальную геморроидэктомию следует выполнять только в стационарных условиях, под наркозом, и выполнять ее должен хирург-проктолог.

Литература

1. Заремба А.А. Клиническая проктология. – Рига: Звайтзне, 1987. - 350 с.
2. Канделис Б.А. Неотложная проктология. - Л.: Медицина, 1990. – 210 с.
3. Масляк В.М., Павловский М.П., Лозинский Ю.А. Практическая проктология. - Львов, 1989. - 210 с.
4. Основы колопроктологии / Под ред. Академика РАМН, профессора Воробьёва Г.И. – Ростов на Дону: из-во «Феникс», 2001 - 416 с.
5. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. - М.: Медпрактика, 2001. - 300 с.
6. Фёдоров В.Д., Воробьёв Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология / ГНЦ проктологии. - М., 1994.- 432 с.

Содержание

Введение.....	3
.....3	
Патогенез.....	3
.....3	
Классификация, клиника, лечение.....	6
.....6	
Бессимптомный геморрой.....	6
.....6	
Острый геморрой.....	6
.....6	
Геморрой с обильными упорными кровотечениями.....	9
.....9	
Геморрой у беременных.....	11
.....11	

Хронический геморрой.....	12
Лечение.....	14
Радикальные операции при геморрое.....	19
Литература.....	25

