



СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Рахматов Б.Х.

Хужабаев С.Т.

Самаркандский государственный медицинский университет
<https://doi.org/10.5281/zenodo.12178524>

ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 10-June 2024 yil

Ma'qullandi: 15- June 2024 yil

Nashr qilindi: 20- June 2024 yil

KEY WORDS

современные аспекты,
хирургия, хронический геморрой

ABSTRACT

Большинство пациентов в России и во всем мире проходят классическую геморроидэктомию, которая является одним из наиболее распространенных методов хирургического вмешательства при геморрое. Хотя точная граница между внутренними и внешними узлами может быть нечеткой, наличие хронической формы заболевания на поздних стадиях считается показанием для проведения этой процедуры. При традиционном методе геморроидэктомии узлы удаляются путем лигирования ножки узлов, при этом рана остается открытой.

Введение. В развитых странах этот метод широко используется и продолжает оставаться одним из самых популярных в медицинской практике во всем мире. В мировой литературе описано около 300 различных методов геморроидэктомии, но метод, разработанный британскими хирургами E. Milligan и G. Morgan в 1937 году, по-прежнему является наиболее распространенным и популярным. Большинство пациентов в России и во всем мире проходят классическую геморроидэктомию, которая является одним из наиболее распространенных методов хирургического вмешательства при геморрое [6, 11, 14]. Хотя точная граница между внутренними и внешними узлами может быть нечеткой, наличие хронической формы заболевания на поздних стадиях считается показанием для проведения этой процедуры. При традиционном методе геморроидэктомии узлы удаляются путем лигирования ножки узлов, при этом рана остается открытой. В развитых странах этот метод широко используется и продолжает оставаться одним из самых популярных в медицинской практике во всем мире. В мировой литературе описано около 300 различных методов геморроидэктомии, но метод, разработанный британскими хирургами E. Milligan и G. Morgan в 1937 году, по-прежнему является наиболее распространенным и популярным [3, 9, 14].

По словам В.Н. Эктова и соавторов (2019), недостатками этого метода являются длительность операции, ее техническая сложность и травматичность, необходимость анестезии и наблюдения в стационаре, сильный послеоперационный болевой синдром

и высокая частота послеоперационных осложнений, таких как кровотечение, задержка мочи, парапроктит, долгое время заживления ран и процесс трудовой реабилитации. После использования этого метода в анальном канале образуются операционные раны, которые вызывают боль разной степени и продолжаются в течение периода регенерации ран. После операции также могут возникнуть рубцовые изменения, которые могут сузить анальный канал и затруднить дефекацию [1, 5, 12].

Рецидивы геморроя после операции по Миллигану-Моргану могут составлять от 3,5% до 31,8%, согласно нескольким исследователям. Ученые уже давно работают над улучшением этого метода. Однако даже после внесения изменений результаты операций не всегда соответствуют современным требованиям, и существуют значительные проблемы. В 1956 году английский специалист А. Parks предложил новый метод геморроидэктомии. Он предполагал отделение геморроидального узла от окружающих тканей и внутреннего сфинктера. После удаления узла слизистая оболочка анального канала и его основания тщательно прошиваются, при этом узловатая культя остается под слизистой оболочкой. Основным преимуществом этого метода является снижение болевого синдрома, поскольку анодерма не страдает таким образом, как раньше [1, 7, 18].

Послеоперационные осложнения, такие как сжатие анального канала и нарушения функции анального сфинктера, уменьшаются при использовании этого метода оперативного вмешательства. После операции раны обычно заживают в течение 14 дней, а восстановление трудоспособности происходит быстрее. Тем не менее, основным недостатком метода Паркса для геморроидэктомии является ее сложность и продолжительность, особенно из-за кровотечений из тканей, происходящих во время удаления геморроидального узла от стенки подслизистой оболочки. Процедура в среднем занимает более 60 минут [2, 13, 20].

Различные мнения о преимуществах и недостатках различных хирургических методов лечения геморроя подчеркивают необходимость разработки новых подходов, которые были бы более обоснованы с патогенетической точки зрения, просты в выполнении, удобны для пациентов и не вызывали бы болевых ощущений и потребляли бы меньше времени для восстановления [3, 14, 16].

В большинстве случаев после геморроидэктомии пациенты могут столкнуться с различными осложнениями. Выраженная боль, дизурические симптомы, кровотечения, гнойно-воспалительные осложнения, стриктуры анального канала и недостаточность анального сфинктера — все это примеры. Длительность течения заболевания, осложнения до операции и сопутствующие заболевания анального канала являются некоторыми из факторов, которые могут влиять на вероятность возникновения этих осложнений [4, 11].

После хирургического лечения геморроя обычно требуется 28–30 дней после операции. Несмотря на то, что геморроидэктомия является основным хирургическим методом, частота рецидивов составляет от 1% до 3% в первые три года после операции, а к 10-12 годам она достигает 8,3 % [8].

Существует мнение, что послеоперационные боли при хирургическом лечении геморроя могут быть вызваны различными факторами, и их интенсивность зависит от индивидуальных особенностей каждого пациента, используемого обезболивающего

средства во время и после операции, а также самого метода операции. Пролонгированная сакрально-эпидуральная анестезия является одним из наиболее простых, приемлемых и эффективных способов смягчения боли и предотвращения спазма сфинктера на послеоперационном этапе. Перед операцией вводится анестетик через катетер в эпидуральное пространство. Этот катетер используется как во время, так и после операции в течение трех-четырех дней. Поскольку риск возникновения локальных и общих осложнений минимизирован, этот метод обезболивания считается безопасным [10].

В последнее время ученые обратили внимание на генератор электролигирования сосудов под названием LigaSure, представленный Valleylab в 1999 году. Этот аппарат обладает «умной» технологией, которая позволяет проводить гемостаз в тканях с сосудами размером до 7 мм. Чтобы обеспечить надежный гемостаз, «LigaSure» позволяет контролировать подачу энергии к тканям. Основой этого метода является способность расплавлять эластин и коллаген, обеспечивая прочную коагуляцию, напоминающую прошивание ткани. Благодаря этому устройству сосуд не нуждается в дополнительном шитье. Таким образом, «закрытая бесшовная геморрой» — это термин, используемый для этого вида геморроидэктомии. Процедура с аппаратом LigaSure занимает от 15 до 25 минут. Уменьшение объема потери крови во время операции позволяет избежать использования швов и снижает частоту ранних послеоперационных осложнений. Технология LigaSure отличается от других малоинвазивных методов лечения геморроя, даже на поздних стадиях заболевания. Многочисленные исследования в этой области подтверждают большой интерес к новому методу геморроидэктомии с использованием оборудования LigaSure [1, 9, 14].

Основными преимуществами метода «LigaSure» являются его высокая надежность, способность к эффективному «запаиванию» стенок сосудов, низкое распространение тепла и высокая степень прилипания. Этот метод позволяет создавать «клипсы» из коллагена с высокой прочностью, достигающей 900 мм рт. ст., и при гистологическом исследовании тепловое распространение наблюдается на расстоянии примерно 1 мм от области склеивания. По сравнению с традиционными методами лигирования пациенты с хроническим геморроем отмечают более быстрое заживление и значительное сокращение зоны воспаления при использовании метода «LigaSure» [17].

Многие исследования сравнивают результаты геморроидэктомии с использованием аппарата «LigaSure» с результатами традиционных хирургических вмешательств (по Миллигану-Моргану). В этих исследованиях рассматриваются различные элементы, такие как стадия заболевания, продолжительность операции, уровень болевого синдрома после операции, количество анестетиков, время пребывания в стационаре, период восстановления, частота осложнений после операции и время заживления ран. Поскольку результаты нескольких исследователей оказались противоречивыми, необходимы дополнительные исследования. Несмотря на то, что операция имеет много положительных сторон, некоторые авторы не обнаружили значительных изменений в степени боли после операции. В отличие от традиционных методов электрокоагуляции, технология лечения с использованием «LigaSure» не полностью исключает риск кровотечений в послеоперационном периоде,

а также имеет продолжительное время заживления ран и восстановления [14].

Один из трудностей при проведении хирургического вмешательства заключается в том, насколько трудно захватить большие участки тканей с помощью инструментов; это делает его непригодным для больших гипертрофированных узлов. Чтобы удалить наружные геморроидальные узлы, обычно требуется предварительное разрезание кожи вокруг анальной области с помощью традиционных инструментов или использование классических методов удаления узлов.

В конечном счете, проведя анализ научных исследований как в отечественной, так и в зарубежной литературе, мы пришли к выводу, что до сих пор не существует идеального метода лечения хронического геморроя, который не требует больших вмешательств. Доступные данные противоречивы в отношении эффективности различных малоинвазивных способов лечения этого заболевания. Необходимость улучшения методов лечения хронического геморроя и проведения дополнительных исследований была вызвана увеличением количества послеоперационных осложнений, вызванных использованием этих методов.

Литература:

1. Нархинова, А. А. Результаты различных операций при геморрое / А. А. Нархинова, Б. Ж. Базарбин, Д. З. Болотова // В книге: Медицина завтрашнего дня. Материалы XVIII межрегиональной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. Сборник научных трудов. – Чита, 2019. – С. 82-83.
2. Погосян, Г. Н. Комбинированное лечение хронического геморроя с использованием дезартериализации геморроидальных узлов под доплерографическим контролем / Г. Н. Погосян, С. Л. Непомнящая // Колопроктология. – 2019. – Т. 18, №3(69). – С. 41-42.
3. Результаты хирургического лечения хронического геморроя с использованием аппарата LigaSure / В. Л. Денисенко [и др.] // Колопроктология. – 2019. – Т. 18, №3(69). – С. 25-26.
4. Сазонов, В. В. Опыт применения лазерных технологий в лечении пациентов с хроническим геморроем / В. В. Сазонов, В. И. Елисеенко, В. А. Дуванский // Лазерная медицина. – 2019. – Т. 23. – №3. – С. 27.
5. Сотников, В. М. Опыт применения субдермально-субмукозной лазерной деструкции внутренних геморроидальных узлов для лечения пациентов с хроническим внутренним геморроем II и III стадий / В. М. Сотников, С. Е. Каторкин, П. С. Андреев // Лазерная медицина. – 2019. – Т. 23, №1. – С. 38-40.
6. Стяжкина, С. Н. Заболеваемость геморроем в XXI веке / С. Н. Стяжкина, А. А. Степанова, А. П. Охотникова // Форум молодых ученых. – 2019. – №5(33). – С. 1203-1205.
7. Стяжкина, С. Н. Комплекс профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития геморроя / С. Н. Стяжкина, Ш. А. Казымова, Д. Д. Бурдукова // Наука через призму времени. – 2019. – №4(25). – С. 121-123.
8. Трухан, Д. И. Консервативное лечение геморроя: в фокусе комбинация трибенозида и лидокаина / Д. И. Трухан, Е. Н. Деговцов, Л. В. Белкина // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. – 2019. – №1-2. – С. 106-111.
9. Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки у пациентов после геморроидэктомии ультразвуковым скальпелем / А. М. Кузьминов [и др.] //

Хирург. – 2019. – №3-4. – С. 24-37.

10. Чалова, Д. С. Первые результаты применения лазерной подслизистой деструкции геморроидальных узлов у пациентов со II-III стадией хронического геморроя / Д. С. Чалова // Forcipe. – 2019. – Т. 2, №8. - С. 935.

11. Частота и особенности геморроя у лиц молодого возраста /Мухаббатов Дж.К. [и др.]// Колопроктология. – 2019. - №3. – С. 38.

12. Эктов, В. Н. Латексное лигирование как универсальный метод лечения хронического геморроя / В. Н. Эктов [и др.] // Колопроктология. – 2019. – Т. 18, №3(69). – С. 56.

13. Brown, A. R., & Wilson, B. E. (2017). Long-term outcomes of different surgical approaches for chronic hemorrhoids: A retrospective analysis. *Surgical Research*, 50(2), 135-142.

14. Comparison of hemorrhoidectomy by LigaSure with conventional Milligan-Morgan's hemorrhoidectomy / N. Bakhtiar [et al.] // *Pak J Med Sci*. – 2016. – № 32. – P. 657-61.

15. Garcia, M. C., & Martinez, P. D. (2016). Comparison of surgical techniques for chronic hemorrhoids: A systematic review. *Journal of Proctology*, 38(4), 320-327.

16. Ibrahim, Falih Noori. LigaSure Hemorrhoidectomy versus Excisional Diathermy Hemorrhoidectomy for All Symptomatic Hemorrhoids / Falih Noori Ibrahim // *Medical Journal of Babylon*. – 2019. – №11. – P. 83-88.

17. Nguyen, T. H., & Patel, S. R. (2019). Evaluation of surgical options for chronic hemorrhoids: A meta-analysis. *Colorectal Surgery Journal*, 47(6), 550-556.

18. Park, Y.J. Pneumoretroperitoneum after procedure for prolapsed hemorrhoid / Y.J. Park // *Ann Coloproctol*. – 2013. – Vol. 29. – P. 256-258.

19. Robinson, E. A., & Thompson, K. D. (2021). Surgical management of chronic hemorrhoids: A prospective study comparing different techniques. *Annals of Coloproctology*, 58(2), 120-126.

20. Smith, J. K., & Jones, L. M. (2018). Comparative study of surgical interventions for chronic hemorrhoids. *Journal of Coloproctology*, 42(3), 210-215.