

ХУЛОСА

А.В. Бочаров, Л.В. Попов

НАТИЧАҲОИ ДАРОЗМУДДАТИ БАРАБОРСОЗИИ ДАВРАИ МИОКАРДӢ ДАР БЕМОРОН БО ҲАМОҲАНГСОЗИИ СИНДРОМҲОИ КОРӢ ВА МУЛТИ-ВАСКУЛЯРӢ

Мақсад: муқоисаи натиҷаҳои пайвандкунии артерияи ишоравии марҳила дар марҳилаи ибтидоӣ (на зиёда аз 90 рӯз) дар беморони гирифтори синдроми шадиди коронарӣ ва осеби бисёрваскулярӣ, ки реваскулизатсия аз артерияи аз ҷиҳати клиникӣ вобастагиро бо стентҳои насли 3 бо абати маводи муҳаддир ва полимери биологӣ тасим карда, бо натиҷаи пайванд кардани артерияи ишора мувофиқи маълумоти нашршуда мувофиқи меъёрҳои «номутобиятӣ» бемории ишемияи дил.

Маводҳо ва усулҳо: таҳлили натиҷаҳои пайгирии 2-солаи марҳилавии таъобати беморони

гирифтори синдроми шадиди коронарӣ ва осеби бисёрваскулярӣ, ки дар асоси нишондодҳои фабулодда рағи артерияи вобастагии клиникӣ ро иҷро карда, сипас пайванд кардани артерияи ишоравӣ дар зарфи 90 рӯз анҷом дода шудааст. Баҳогузориҳои самаранокӣ ва беҳатарӣ аз рӯи меъёрҳои «номутаносибӣ» дар муқоиса бо маълумоти адабиёти натиҷаҳои пайванднамоии артерияи ишоравӣ дар беморони гирифтори бемории ишемияи дил гузаронида шудааст.

Натиҷаҳо: реваскуляризатсияи ҷарроҳии миокард дар марҳилаҳои аввали пас аз стентирование артерияи ба клиникӣ вобастагӣ дар беморони гирифтори синдроми шадиди коронарӣ ва осеби бисёрваскулярӣ аз пайванд кардани ғардиши артерияи ишора дар нутаи омезиши рӯйдодҳои калони дилу рағ бартарӣ дорад.

Калимаҳои асосӣ: синдроми шадиди коронарӣ, бемории ишемияи дил, пайванд кардани ғардиши артерия, стент коронарӣ бо доруҳо.

УДК: 316-066.9.45

Н.М. Даминова¹, М.Б. Назаров¹, О.Ю. Назирбаева^{1,2}, М.Х. Саидова^{1,2}**РЕЦИДИВНЫЙ ГЕМОРРОЙ**¹Кафедра общей хирургии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»²Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Даминова Нигина Мадамоновна - д.м.н., доцент кафедры общей хирургии №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки 139, Тел.: (+992) 907-71-47-50

Цель исследования. Изучение причин рецидива геморроя и разработка патогенетически обоснованных методов его лечения.

Материалы и методы исследования. Анализированы результаты выполненных 2500 операций по поводу хронического геморроя и его осложнений за последние 5 лет. Отдаленные результаты различных по характеру и объему оперативных вмешательств были изучены у 980 пациентов. Наличие рецидива заболевания были отмечены у 80 (8,2%) пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Частота рецидивов заболевания после миниинвазивных методик отмечена в 60 (75,0%) случаях. При этом в 28 (35,0%) случаях после склеротерапии, в 18 (22,5%) случаях после геморроидопексии и в 14 (17,5%) случаях после различных вариантов перевязки либо прошивания геморроидальных узлов. После различных модификаций геморроидэктомии по Миллиган-Моргану рецидивы заболевания были отмечены у 20 пациентов.

Наиболее частые причины развития осложнений и рецидивов заболевания в 35,6% наблюдений явилось широкомасштабное выполнение геморроидэктомии в амбулаторных условиях хирургами общего профиля, начинающими хирургами, не обладающими специальными навыками в обследовании и лечении проктологических больных. В 18,6% наблюдений рецидив геморроя был обусловлен неполной или «экономной» геморроидэктомией.

Заключение. Таким образом, хронический геморрой как распространенное колопроктологическое заболевание требует лечения в специализированных проктологических центрах и клиниках.

Ключевые слова: хронический геморрой, геморроидэктомия, рецидив

N.M. Daminova¹, MB Nazarov¹, O.Y. Nazirbaeva^{1,2}, M.Kh. Saidova^{1,2}

RECURRENT HEMORRHOIDS

¹Department of general surgery №1, Avicenna Tajik State Medical University

²Department of surgery №1, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

³Istiqlol Health complex, Dushanbe Tajikistan

Aim. To study the causes of hemorrhoids recurrence and development of pathogenically justified methods of treatment.

Material and methods. 2500 chronic hemorrhoids surgeries and its complications in the last 5 years were the subjects of the analysis. Long term results of a character and scope of the surgical intervention to 980 patients were studied. Presence of the recurrence presented in 80 (8,2%) of patients.

Results and discussion. The frequency of the recurrence after minimally invasive approaches was identified in 60 (75,0%) cases. 28 (35,0%) cases were found after sclerotherapy, 18 (22,5%) cases after hemorrhoidopexy, and 14 (17, 5%) cases after various bandages or stitching of the hemorrhoidal nodes. After various modifications of hemorrhoidectomies according to Milligan-Morgan, recurrence of the disease was noticed in 20 patients.

The most often reason for the complications and recurrence of the disease in 35,6% of cases was the conduction of a wide hemorrhoidectomy in an ambulatory condition by general surgery specialists with a little experience and no special skills in examination and treatment of proctology patients. In 18,6% of cases, the recurrence of the hemorrhoids was caused by an incomplete or "careful" hemorrhoidectomy

Conclusion. Chronic hemorrhoids is a widespread proctology disease that requires treatment in a specialized proctology center.

Keywords: chronic hemorrhoids, hemorrhoidectomy, recurrence

Актуальность. В настоящее время четко установлено, что геморрой является одним из наиболее частых заболеваний человека [1, 7]. Распространенность 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 составляет от 34 до 41%. Эта патология одинаково часто встречается у мужчин и женщин [6].

Для лечения геморроя и его осложнений наряду с комплексными консервативными методами лечения эффективно используют и хирургические методы лечения [2, 5]. Несмотря на то, что геморроидэктомия расценивается большинством хирургов как радикальный способ лечения геморроя, в течение 2-3 лет после хирургического вмешательства рецидивы заболевания отмечаются в 1-3% наблюдений, спустя 10-12 лет - у 8,3% больных. В настоящее время в России и большинстве стран Америки и Европы радикальную геморроидэктомию выполняют лишь у 17-21% пациентов, а остальной группе пациентов применяют малоинвазивные способы лечения с учетом стадии заболевания и осложнений [3, 4]. Однако, появились работы, в которых приводятся отдаленные результаты малоинвазивных вмешательств при геморрое, указывающие на большой процент рецидива заболевания с осложнениями, составляющие 20-30% [5, 8]. В связи с вышеизложенным,

весьма актуальным является детальное и всестороннее изучение причин рецидивов геморроя после различных методов хирургического лечения, а также разработка методов профилактики этого заболевания.

Цель исследования. Изучение причин рецидива геморроя и разработка патогенетически обоснованных методов его лечения.

Материал и методы исследования. В клинике за последние 5 лет выполнено 2500 операций по поводу хронического геморроя и его осложнений. Отдаленные результаты различных по характеру и объему оперативных вмешательств были изучены у 980 пациентов. Наличие рецидива заболевания было отмечено у 80 (8,2%) пациентов. Мужчин было - 42 (52,5%), женщин - 38 (47,5%). Возраст больных составил от 20- 76 лет. Пациенты зрелого и трудоспособного возраста составили 74%.

Для установления диагноза рецидивного геморроя пациентам проведено комплексное общепроктологическое, клиническое, лабораторно-инструментальные исследования, а также эндоскопические и специальные проктологические методы исследования.

В работе использованы описательные методы статистики. Приводятся качественные значения, которые отражены в виде абсолютных величин (n) и процентных долей.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение отдаленных результатов различных вари-

антов геморроидэктомии в сроки от 3 лет до 8 лет в различных лечебных учреждениях Республики Таджикистан позволило выявить наличие рецидива заболевания у 80 (8,2%) больных. Тщательная интерпретация данных и всестороннее изучение причин возникновения рецидива заболевания позволили нам выделить основные её группы (табл. 1).

Таблица 1
Характер оперативных вмешательств,
после которых отмечен рецидив
заболевания (n= 80)

	Вид геморроидэктомии	Количество рецидивов	%
I	Мини инвазивная геморид эктомия	60	75,0
	Склеротерапия	28	35,0
	Геморроидпексия	18	22,5
	Лигирование геморроидальных узлов прошивной или перевязанной	14	17,5
II	Геморроидэктомия по Миллигану Моргану и её модификации	20	25,0
	Всего	80	100,0

Частота рецидивов заболевания после миниинвазивных методик отмечена в 60 (75,0%) случаях. При этом в 28 (35%) случаях после склеротерапии, в 18 (22,5%) – после геморроидопексии, и в 14 (17,5%) - после различных вариантов перевязки либо прошивания геморроидальных узлов. После различных модификаций геморроидэктомии по Миллиган-Моргану рецидивы заболевания были отмечены у 20 (25,0%) пациентов.

Изучение причин рецидивов заболевания позволило нам выявить основные факторы рецидивного геморроя:

- широкое масштабное выполнение геморроидэктомии в поликлинических условиях;
- выполнение геморроидэктомии, как операции довольно легкой в амбулаторных условиях хирургами общего профиля, начинающими хирургами, не обладающими специальными навыками в обследовании и лечении проктологических заболеваний;
- продолжающее действие отрицательных факторов (злоупотребление спиртными напитками, острой и соленой пищей, профессиональные вредности, запоры);
- неполная или экономная геморроидэктомия;

– нерациональный выбор патогенетически обоснованного метода лечения геморроя (без учета стадии и характера осложнений);

– тактические и технические врачебные ошибки;

– сочетание нескольких причин;

– неизвестные причины.

Наиболее частой причиной развития осложнений и рецидивов заболевания в 35,6% наблюдений явилось широкомасштабное выполнение геморроидэктомии в амбулаторных условиях хирургами общего профиля, начинающими хирургами, не обладающими специальными навыками в обследовании и лечении проктологических больных. В настоящее время, общие хирурги, без крайней необходимости, не стремятся оперировать, например, гинекологических и урологических больных, лечение которых находится в компетенции соответствующих специалистов. Однако, при этом они почему-то берутся оперировать проктологических больных. Исследования показали, что в 41,1% случаев у больных с рецидивным геморроем имело место продолжающееся действие отрицательных факторов, таких как: злоупотребление спиртными напитками, острой и соленой пищей, профессиональные вредности, запоры, которые отрицательно воздействуют на оставшиеся узлы и способствуют возникновению рецидива заболевания. Предыдущие операции выполнялись пациентам без учета сопутствующих заболеваний (запор, колит, простатит), при которых не проводилось их лечение в послеоперационном периоде.

В 18,6% наблюдений рецидив геморроя был обусловлен неполной или «экономной» геморроидэктомией. Причины неполной геморроидэктомии были разные. Это операции на высоте острого геморроидального кровотечения у ослабленных и истощенных больных с сопутствующими заболеваниями, когда проктолог вынужден выполнить лишь перевязку кровоточащего геморроидального узла, а также операции по поводу острого тромбоза геморроидальных узлов, когда на первом этапе удаляют лишь тромбированный узел, а второй этап не выполняется по неизвестным причинам. Естественно, что в этих двух ситуациях вмешательство выполняется исключительно для спасения жизни больного (остановка кровотечения) или облегчения тяжелого страдания (острый тромбоз). В последующем, как правило, больные либо отказываются от второго этапа операции, либо их выписывают из стационара с отсрочкой второго этапа. В большинстве наблюдений больные не являются

на радикальную операцию.

Для снижения частоты неполной геморроидэктомии и рецидива геморроя считаем целесообразным проведение радикальной операции сразу либо выполнение второго этапа операции в отсроченном порядке, после поднятия уровня гемоглобина выше 90 г/л. При этом необходимо проводить переливание эритроцитарной массы и гемостатическую терапию, после чего производить геморроидэктомию.

«Экономная» геморроидэктомию, являясь комбинацией миниинвазивной методики (склерозирование узлов), в сочетании с классическим оперативным лечением, применяется при любой стадии заболевания и при диаметре узлов менее 2 см. В этих ситуациях геморроидальные узлы менее 2 см склерозируют, а более 2 см удаляют классическим методом. При таком подходе также наблюдался рецидив заболевания в зоне склерозированных геморроидальных узлов. Такая методика позволяет снизить частоту послеоперационного болевого синдрома, осложнений, но не рецидива заболевания.

Следует отметить, что, несмотря на существующие многочисленные методы хирургического лечения хронического геморроя, до настоящего времени встречаются разногласия и различные мнения в отношении тактики лечения этих больных. Нерациональный выбор оптимального способа лечения хронического геморроя без учета стадии заболевания индивидуальных особенностей пациента, характера осложнений и степени выраженности тех или иных симптомов, стали причиной неудовлетворительного лечения заболевания в 32,8% случаев.

По данным литературы рекомендуется выполнение радикальных и малоинвазивных вмешательств в следующих ситуациях:

– При I стадии – инфракрасная фотокоагуляция и склерозирующее лечение.

– При II стадии – склерозирующее лечение или лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами или прошивание и перевязка терминальных ветвей геморроидальной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии.

– При хроническом геморрое III-IV степени, а также при его «запущенных» формах (выпадение внутренних геморроидальных узлов вместе со слизистой прямой кишки, наличие выраженных наружных узлов при склонности к частым рецидивирующим перианальным тромбозам) «золотым стандартом» оперативного вмешательства является

геморроидэктомию по Миллиган-Моргану в различных ее модификациях.

Согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению взрослых пациентов с хроническим геморроем доплероконтролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией является альтернативой традиционной методике геморроидэктомии, и показана при 3-4 стадиях и осложненном течении заболевания. Данную методику следует с осторожностью применять при этих стадиях геморроя ввиду того, что она не воздействует на все патогенетические звенья механизма заболевания, а малоинвазивные методы не могут быть полноценной заменой радикальной геморроидэктомии.

Технические и тактические ошибки в 10% наблюдений явились причиной рецидива заболевания. К указанным ошибкам не отнесли возникновение интраоперационных кровотечений, не позволяющих выполнить радикальную операцию, при рассыпном типе геморроидальных узлов, выполнение неадекватной геморроидэктомии, неадекватное обезболивание и ограниченный оперативный доступ.

Для снижения частоты технических и тактических ошибок целесообразно проведение организационных мероприятий, включающих специализацию и курсы врачей в колопроктологических центрах, обеспечение хирургических отделений специальным колопроктологическим оборудованием. Лишь в 3% наблюдений причины возникновения рецидива заболевания выявить не удалось.

Заключение. При внутреннем геморрое I-II стадии операцией выбора должен быть малоинвазивный метод. При хроническом геморрое III-IV стадии и при «запущенных» ее формах операцией выбора является радикальная геморроидэктомию. В отдаленном периоде после хирургических методов лечения больные нуждаются в наблюдении и реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 7-8 см. в REFERENCES):

1. Корнев Л.В. Выбор комбинированного малоинвазивного лечения геморроя / Л.В. Корнев Г.В. Родоман, Т.И. Шалаева // Колопроктология. - 2016. - №2(56). - С. 12-16.
2. Корнев Л.В. Преимущества комбинированного малоинвазивного лечения в реабилитации больных с хроническим геморроем / Л.В. Корнев, Г.В. Родоман, Т.И. Шалаева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2017. - Т.20. №1. - С. 4-8.

3. Мадаминов А.М. Хирургическая тактика при хроническом геморрое IV стадии / А.М. Мадаминов, М.М. Малькави, А.Ю. Айсаев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского Университета. – 2017. – Т.17. №3. – С.33-36.

4. Мухаббатов Д.К. Оптимизация хирургического лечения геморроя при сочетании с трансфинктерными свищами прямой кишки / Д.К. Мухаббатов, Ф.Х. Нозимов, Ш.А. Каримов // Вестник Авиценны. – 2014. - №3. - С. 41-44.

5. Нуриллоева Н.А. Сравнительная характеристика факторов риска развития геморроя / Н.А. Нуриллоева и др. // Вестник Авиценны. - 2013. - № 2(55). - С. 124-127

6. Курбонов К.М. Нарушение обмена магния и его коррекция при лечении хронического геморроя у беременных / К.М. Курбонов и др. // Здравоохранения Таджикистана. - 2019. - №4. - С. 40-45.

REFERENCES

1. Kornev L. V., Rodoman G. V., Shalaeva T. I. Vybor kombinirovannogo maloinvazivnogo lecheniya gemorroya [The choice of combined minimally invasive treatment for hemorrhoids]. *Koloproktologiya - Coloproctology*, 2016, No. 2 (56), pp. 12-16.

2. Kornev L. V., Rodoman G. V., Shalaeva T. I. Preimushchestva kombinirovannogo maloinvazivnogo lecheniya v reabilitatsii bolnykh s khronicheskimi gemorroem [The advantages of combined minimally invasive treatment in the rehabilitation of patients with chronic hemorrhoids]. *Medikosotsialnaya ekspertiza i reabilitatsiya - Medical and social expertise and rehabilitation*, 2017, Vol. 20, No. 1, pp. 4-8.

3. Madaminov A. M., Malkavi M. M., Aysaev A. Yu. Khirurgicheskaya taktika pri khronicheskom gemorroie IV stadii [Surgical tactics for chronic hemorrhoids stage IV]. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossiyskogo Slavyanskogo Universiteta – Herald Of The Kyrgyz-Russian Slavic University*, 2017, Vol. 17, No. 3, pp. 33-36.

4. Mukhabbatov D. K., Nozimov F. Kh., Karimov Sh. A. Optimizatsiya khirurgicheskogo lecheniya gemorroya pri sochetanii s transsfinkternymi svishchami pryamoy kishki [Optimization of the surgical treatment of hemorrhoids in combination with transfunctional fistulas of the rectum]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2014, No. 3, pp. 41-44.

5. Nurilloeva N. A. Sravnitel'naya kharakteristika faktorov riska razvitiya gemorroya [Comparative characteristics of hemorrhoids risk factors]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2013, No. 2 (55), pp. 124-127

6. Kurbonov K. M. Narushenie obmena magniya i ego korrektsiya pri lechenii khronicheskogo gemorroya u beremennykh [Breach of magnesium metabolism and its correction in the treatment of chronic hemorrhoids in pregnant women]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Health-care of Tajikistan*, 2019, No. 4, pp. 40-45.

7. Chan K. K. External haemorrhoidal thrombosis:

evidence for current management. *Coloproctology*, 2013, No. 17 (1), pp. 21-25.

8. Giannini I. Flavonoids mixture (diosmin, troxerutin, hesperidin) in the treatment of acute hemorrhoidal disease: a prospective, randomized, triple-blind, controlled trial. *Coloproctology*, 2015, No. 19 (6), pp. 339-45.

ХУЛОСА

Н.М. Даминова, М.Б. Назаров,
О.Ю. Назирбаева, М.Х. Саидова

БАВОСИРИ ТАКРОРӢ (РЕТСИДИВӢ)

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши сабабҳои тақроршавии бавосир ва қорқарди усулҳои табобати патогенетикӣ асоснокӣ он.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Натиҷаи 2500 ҷарроҳии гузаронидашуда оиди бавосири музмин ва оризаҳои он дар 5 соли охир таҳлил карда шудааст. Натиҷаҳои деринаи ҳаргуна усулҳои ҷарроҳӣ вобаста ба характер ва ҳаҷм дар 980 беморон омӯхта шудааст. Мавҷудияти тақроршавии беморӣ дар 80 беморон мушоҳида карда шуд.

Натиҷаҳо. Теъдоди тақроршавии беморӣ баъди усулҳои миниинвазивӣ дар 60 (75,0%) ҳолат мушоҳида гардид. Аз инҳо дар 28 (35,0%) ҳолат баъди склеромуолиҷа, дар 18 (22,5%) баъди гемorroидпексия ва дар 14 (17,5%) ҳолат баъди намудҳои гуногуни бастан ё ин ки дӯштани гирреҳҳои гемorroидали қой доштанд. Баъди модификасияи гуногуни гемorroидэктомия бо усули Миллиган-Морган тақрорёбии беморӣ дар 20 ҳолат мушоҳида гардид.

Сабабҳои зиёди пайдошавии оризаҳо ва тақроршавии беморӣ дар 35,6% ҳолат гузаронидаи гемorroидэктомия дар шароити амбулаторӣ аз тарафи ҷарроҳони умумӣ, ки надоштани маълакаи табобати беморони проктологӣ мебошад. Дар 18,6% ҳолат тақрорёбии бавосир бо нопурра гузаронидани гемorroидэктомия вобастагӣ дошт. Камбудии техникаи тактикӣ дар 10% ҳолат сабаби тақрорёбии беморӣ буд. Танҳо дар 3% беморон сабаби пайдошавии тақрорёбии беморӣ муайян карда нашуд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, бавосири музмин ҳамчун бемории паҳнғаштатарини колопроктологӣ гузаронидани табобатро дар марказҳо ё ки дар клиникаҳои проктологии тахассусӣ талаб мекунад.

Калимаҳои калидӣ: бавосири музмин, гемorroидэктомия, тақроршавӣ (ретсидив).