

**ЛЮХУРОВ РУСЛАН НАБИЕВИЧ**

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ III-  
IV СТАДИИ В СОЧЕТАНИИ С АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ**

14.01.17 – хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Бишкек 2016

Работа выполнена на кафедре «Общей и факультетской хирургии» ГОУВПО «Кыргызско-Российский Славянский университет»

Научный руководитель:

**Мадаминов Абдумуталиб Моминович**  
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

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

**Бектенов Ызакжан Абдыралиевич**  
кандидат медицинских наук, доцент  
кафедры хирургических болезней  
Международной Высшей Школы  
Медицины Международного  
Университета Кыргызстана

Ведущая организация:

Башкирский Государственный  
медицинский университет, г. Уфа,  
Башкортостан, Российская Федерация

Защита состоится «\_\_»\_\_\_\_\_2016 г. в \_\_\_\_ часов  
на заседании Диссертационного совета Д.730.001.03 ГОУВПО «Кыргызско-  
Российский Славянский университет» (720000, Кыргызская Республика, г.  
Бишкек, ул. Киевская 44). E-mail: dissovetskrsu@mail.ru

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУВПО «Кыргызско-  
Российский Славянский университет».

Автореферат разослан «\_\_»\_\_\_\_\_2016г.

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

Ахунбаева Н.И.

## Общая характеристика работы

### Актуальность проблемы:

Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека и наиболее частой причиной обращения к врачу-колопроктологу (Воробьев Г.И. и соавт., 2006).

Геморроем страдает до 10–15 % взрослого населения (Ривкин В.Л. и соавт., 2004; Семионкин Е.И., 2004). По частоте геморрой среди заболеваний прямой кишки занимает первое место и при этом удельный вес геморроя в структуре колопроктологических заболеваний достигает 34–41 % (Воробьев Г.И. и соавт., 2002; Ривкин В.Л. и соавт., 2004).

В последние годы отмечается неуклонный рост больных с запущенными стадиями геморроя, причем очень часто наблюдается сочетание геморроя с анальной трещиной (Алипов В.Ю., Филон А.Ф., 1998; Delco F., Sonnenberg, 1998).

Если распространенность геморроя составляет 140–160 человек на 1000 взрослого населения, то частота возникновения анальной трещины, судя по обращаемости пациентов, колеблется от 11 до 15 % среди заболеваний толстой кишки и составляет 20–23 случая на 1000 взрослого населения (Вышегородцев Д.В., Богомазов А.М., 2002; Грошилин В.С., 2007; Шельгин Ю.А. и соавт., 2010).

По данным многих авторов, удельный вес больных, имеющих сочетанные заболевания прямой кишки, составляет 20–30 % и при этом отмечается тенденция к их росту (Кондратенко П.Г. и соавт., 2006; Тимербулатов В.М. и соавт., 2007; Благодарный Л.А., Жарков Е.Е., 2007). Диагностика и выбор метода лечения сочетанных заболеваний прямой кишки представляют собой сложную и еще не до конца изученную проблему (Ривкин В.Л. и соавт., 2001).

При хирургическом лечении сочетанных заболеваний прямой кишки встает вопрос: разделить хирургическое вмешательство на два этапа или произвести одновременную хирургическую коррекцию сочетанной патологии и когда следует поступать тем или иным образом (Тимербулатов В.М. и соавт., 1990).

В последние годы наметился заметный рост интереса колопроктологов к сочетанным операциям в области прямой кишки, эти операции избавляют больных от повторных хирургических вмешательств, приносят экономический и психологический эффект (Седлецкий Ю.И. и соавт., 1991; Кулжабаев Т., 1999; Маховский В.З. и соавт., 2002).

Следует отметить то, что одни авторы указывают на необходимость расширения показаний к сочетанным операциям (Алипов В.Ю., Филон А.Ф., 1998; Алипов В.Ю., Сорокин А.Б., 2000; Мухаббатов Д.К. и соавт., 2006), отмечая

их положительные стороны, другие (Маховский В.З. и соавт., 2002; Тимербулатов В.М. и соавт., 2007) подходят к этому вопросу очень осторожно. Они считают, что после таких операций процент осложнений увеличивается, поэтому эти операции должны выполнять врачи-колопроктологи высокой квалификации и только по строгим показаниям.

Вопросы хирургического лечения геморроя в сочетании с анальной трещиной, их ближайшие и отдаленные результаты, возможные осложнения являются актуальными, что требует особого подхода к выбору метода хирургического лечения этой сочетанной патологии (Ривкин В.Л. и соавт., 1994; Кулжабаев Т., 1997; Алипьев В.Ю., Сорокин А.Б., 2000; Kaelos I. et al., 2005).

До настоящего времени нет окончательно сформулированных, четко обоснованных показаний и противопоказаний к сочетанным операциям при хроническом геморрое III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной. Это послужило основанием для проведения данного научного исследования.

**Цель исследования:** улучшить результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной.

**Задачи исследования:**

1. Разработать и внедрить в клиническую практику усовершенствованную методику хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной.
2. Разработать способ ушивания раны после иссечения хронической анальной трещины.
3. Определить показания к применению усовершенствованной методики хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной.
4. Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной традиционными и усовершенствованными методиками в ближайшем послеоперационном и в отдаленном периодах.

**Научная новизна:**

1. Впервые нами в Кыргызской Республике разработана и внедрена в клиническую практику усовершенствованная методика оперативного вмешательства при хроническом геморрое III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной.
2. Предложен способ поперечного ушивания раны анального канала, остающегося после иссечения хронической анальной трещины.

3. На основании изучения и анализа клинического материала определены показания к применению усовершенствованной методики оперативного вмешательства при хроническом геморрое III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной.

4. Сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с анальной трещиной традиционными и усовершенствованными методиками показал, что применение усовершенствованных сочетанных оперативных вмешательств значительно снижает процент осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки. Так, недостаточность анального сфинктера 1-й степени в ближайшем послеоперационном периоде наблюдалась у 6,2 % больных контрольной группы, и у 1,5 % пациентов основной группы, в отдаленные сроки такое осложнение отмечено у 10,7 % больных контрольной группы и у 2,6 % пациентов основной группы.

#### **Практическая значимость полученных результатов:**

1. Разработана и применена усовершенствованная методика хирургического лечения хронического геморроя III–V стадии в сочетании с хронической анальной трещиной.

2. Предложенный способ поперечного ушивания раны анального канала, остающейся после иссечения хронической анальной трещины, создает условия для ее более быстрого заживления.

3. При хроническом геморрое III–IV стадии в сочетании с анальной трещиной без выраженного спазма анального сфинктера показано применение усовершенствованных методик геморроидэктомии и иссечения анальной трещины с ушиванием послеоперационной раны в поперечном направлении.

4. Усовершенствованные методики лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с анальной трещиной позволяют сократить сроки временной нетрудоспособности больных. Так, сроки пребывания больных основной группы в стационаре составляли  $9,2 \pm 0,4$  койко-дня, а пациентов контрольной группы –  $10,6 \pm 1,1$  койко-дня.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Разработанная и внедренная в клиническую практику усовершенствованная методика оперативного вмешательства позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной.

2. Разработанный и внедренный в клиническую практику способ поперечного ушивания раны после иссечения анальной трещины способствует более быстрому заживлению раны.

3. Показанием для применения усовершенствованной методики геморроидэктомии и иссечения анальной трещины с ушиванием послеоперационной раны в поперечном направлении является хронический геморрой III–IV стадии в сочетании с анальной трещиной без выраженного спазма анального сфинктера.

4. При применении предложенных методик геморроидэктомии и иссечения анальной трещины значительно снижается количество осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

**Личный вклад соискателя.** Личное участие автора в получении результатов, изложенных в диссертации, осуществлялось на всех этапах работы, а именно в определении основной идеи исследования, личном участии в проведении диагностических и лечебных мероприятий, анализе клинических наблюдений, статистической обработке полученных данных.

**Внедрение результатов исследования.**

Результаты исследования внедрены в клиническую практику отделения проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Основные положения диссертационной работы включены в учебные программы по подготовке студентов старших курсов, клинических ординаторов на кафедре общей и факультетской хирургии, а также на кафедре госпитальной хирургии Кыргызско-Российского Славянского университета.

**Апробация результатов исследования.** Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: Республиканской научной конференции медицинского факультета, посвященной 20-летию КРСУ (г. Бишкек, 2013); Юбилейной научно-практической конференции, посвященной 20-летию медицинского факультета КРСУ (г. Бишкек, 2014); совместном заседании сотрудников кафедр «Общей и факультетской хирургии», «Госпитальной хирургии» КРСУ, «Пропедевтической хирургии» КГМА, кафедры хирургических болезней МВШМ при УНПК МУК и сотрудников хирургических отделений Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (г. Бишкек, 2015).

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 7 печатных работ, из них 2 статьи в рецензируемом журнале ВАК РФ.

**Объем и структура диссертации.** Диссертационная работа изложена на 117 страницах компьютерного набора на русском языке. Работа состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка библиографических источников из 254 наименований, из них 106 русскоязычных авторов и 148 авторов из дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 18

таблицами и 14 рисунками.

### **Основное содержание диссертации**

Во введении обоснована актуальность проблемы исследования, научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В **первой главе** «Обзор литературы» даны систематизированные и обобщенные сведения научной литературы по вопросам этиологии, патогенеза, классификации, клиники, диагностики и лечения геморроя и анальной трещины, а так же приведены данные о сочетании геморроя с анальной трещиной.

Эти сведения позволили обосновать актуальность проблемы и наметить пути для реализации поставленной цели и задач исследования.

Во **второй главе** «Материал и методы исследования» даны общая характеристика больных, методы исследования и их результаты.

В основу, диссертационной работы положены результаты клинического обследования и хирургического лечения 265 больных с хроническим геморроем III-IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной, находившихся на стационарном лечении в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики за период с 1 сентября 2011 года до 1 сентября 2015 года.

В зависимости от применявшихся сочетанных методов хирургического лечения хронического геморроя III-IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной больные были разделены на две группы.

В контрольную группу были включены 130(49%) больных, которым были осуществлены-закрытая геморроидэктомия, иссечение анальной трещиной с оставлением послеоперационной раны открытой и боковая подкожная сфинктеротомия.

В основную группы вошли 135 (51%) пациентов, которым были проведены сочетанные операции по усовершенствованной нами методикам.

Больные обеих групп по полу, возрасту и основным клиническим данным хронического геморроя III-IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной были идентичными.

Распределение больных хроническим геморроем III-IV стадии в сочетании с анальной трещиной по возрасту и по полу представлено в Таблице 1.

Таблица 1- Распределение больных хроническим геморроем III-IV стадии в сочетании с анальной трещиной по возрасту и по полу.

Пол	Возраст										Всего больных	
	21-30 лет		31-40 лет		41-50 лет		51-60 лет		61 лет и старше			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%
Муж	9	3,4	25	9,4	58	21,9	9	18,5	7	2,7	148	55,9
Жен	11	4,1	23	8,7	38	14,3	31	11,7	14	5,3	117	44,1
Итого	20	7,5	48	18,1	96	36,2	80	30,2	21	8,0	265	100,0

Из таблицы видно, что среди больных мужчин было 148 (55,9%), а женщин 117 (44,1%). Большинство пациентов были в возрасте от 30 до 60 лет – 224 (84,5%), т.е. в наиболее трудоспособном возрасте.

Длительность заболевания составила от 2,4-х до 10 и более лет. Если ранее большинство больных на проявления геморроя особого внимания не обращали, то после присоединения к геморрою анальной трещины стали заниматься самолечением и только при безуспешности такого лечения обращались к врачам - колопроктологам.

Позднее обращение за медицинской помощью привело к тому, что все больные в отделение поступили с III-IV стадией хронического геморроя в сочетании с хронической анальной трещиной. Так из 265 больных у 136(51.3%) пациентов был хронический геморрой III стадии, в сочетании с анальной трещиной, а у 129(48,7%)- хронический геморрой IV стадии в сочетании с анальной трещиной (Таблица 2).

Таблица 2 - Распространение больных по стадиям хронического геморроя в сочетании с анальной трещиной.

Пол	Стадия хронического геморроя				Всего	
	III – стадия		IV – стадия			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Муж	51	19,3	97	36,6	148	55,9
Жен	85	32,0	32	12,1	117	44,1
Итого	136	51,3	129	48,7	265	100

Задняя локализация анальной трещины была у 226 (85.3%) больных, а передняя локализация у 39(14,7%) пациентов (Таблица 3). Передняя локализация анальной трещины встречалась, в основном, у женщин.



Таблица 3 - Распределение больных по локализации анальной трещины.

Пол	Локализация анальной трещины				Всего	
	Передняя		Задняя			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Муж	7	2,7	141	53,2	148	55,9
Жен	32	12,0	85	32,1	117	44,1
Итого	39	14,7	226	85,3	265	100,0

**Методы исследования.** Для обследования больных хроническим геморроем III-IV стадии в сочетании с анальной трещиной, кроме общеклинических исследований были проведены инструментальные и специальные методы исследований (Таблица 4).

Таблица 4 - Объем выполненных исследований у больных хроническим геморроем III-IV стадии в сочетании с анальной трещиной.

Вид исследования	Количество больных	
	Абс.	%
Протромбированный индекс	186	70,2
Количество тромбоцитов	186	70,2
Время свертывания крови по Моравицу	186	70,2
Пальцевое исследование прямой кишки	265	100,0
Ректороманоскопия	129	48,7
<a href="#">Сфинктерометрия</a>	135	51,0
Ректальная термометрия	102	38,5
Колоноскопия	18	6,8
Ирригоскопия	23	8,7
Гистологическое исследование	265	100,0
ЭКГ	265	100,0
Рентгенография органов грудной клетки	265	100,0

После изучения жалоб, анамнеза болезни и жизни, общего состояния больных приступали к осмотру промежности и перианальной области в коленно-локтевом положении. Затем осуществляли пальцевое исследование прямой

кишки. При этом особое внимание уделяли на тонус анального жома, локализацию трещины, наличие боли.

После чего выполняли ректороманоскопию и по показаниям колоноскопию, ирригоскопию. Для оценки функционального состояния запирающего аппарата 135 (51%) больным проводили сфинктерометрию по А. М. Аминева (Таблица 5).

Таблица 5 - Показатели сфинктерометрии у больных контрольной и основной групп до хирургического лечения.

Сравниваемые группы	Стадия хронического геморроя в сочетании с анальной трещиной	Количество больных (n)	Исследуемые параметры (в граммах)		
			Тоническое напряжение в покое	Максимальное усиление	Волевое сокращение
Контрольная группа	III	36	625±2,4	916±2,8	291±0,8
	IV	33	543±1,6	818±2,2	275±0,4
Основная группа	III	34	630±1,9	919±2,6	289±1,8
	IV	32	547±2,8	825±2,1	278±0,6

Сфинктерометрия показала некоторое повышение тонуса анального сфинктера у этих больных.

Учитывая, что все больные при поступлении в стационар жаловались на выделения крови при дефекации проведено исследования показателей свертывающей системы крови в предоперационном периоде (Таблица 6).

Таблица 6 - Показатели коагулограммы у больных контрольной (n=92) и основной (n=94) групп (M±m).

Сравниваемые группы	Количество исследованных больных	Свертываемость крови в минутах	Количество тромбоцитов в $\times 10^9/\text{л}$	Протромбиновый индекс в %
Контрольная группа	92	3 <sup>40</sup> ±0,005- 4 <sup>20</sup> ±0,006	218±1,02	96±0,42
Основная группа	94	3 <sup>30</sup> ±0,005- 4 <sup>10</sup> ±0,006	217±1,04	95±0,72

Из таблицы видно, что у всех больных показатели свертывающей системы крови были в пределах нормы.

Для выяснения интенсивности местного воспалительного процесса в области ран анального канала у 102 (38,5%) больных проводилась ректальная термометрия стандартным термометром на 3-5-7-ые сутки после операции.

Иссеченные геморроидальные узлы и анальные трещины подвергались гистологическому исследованию. Статистическую обработку проводили с помощью персонального компьютера. Вычисляли средние величины (M), средние статические ошибки (m). Дисперсионный анализ проводился с использованием t-критерия Стьюдента различия считались достоверным при  $p < 0,05$ .

В третьей главе «Результаты хирургического лечения хронического геморроя III-IV стадии в сочетании с анальной трещиной у больных контрольной группы» представлены ближайшие и отдаленные результаты традиционных сочетанных операций 130 больным контрольной группы осуществлены традиционные сочетанные операции – закрытая геморроидэктомия, иссечение анальной трещины с оставлением раны открытой и боковая подкожная дозированная сфинктеротомия.

При изучении ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения хронического геморроя III-IV стадии в сочетании с анальной трещиной получены следующие данные: в послеоперационном периоде отмечен выраженный болевой синдром у 93 (73,5%) пациентов. На 3-4 день после операции во время первой дефекации боль возникла у 76 (58,4%) больных, тупые боли в области послеоперационных ран сохранялись до 7-8 суток у 68 (52,3%) пациентов.

На следующий день после операции во время первой перевязки, когда удаляли марлевую салфетку из анального канала, отмечено незначительное выделение крови из прямой кишки у 39 (30,0%) больных.

В раннем послеоперационном периоде у 2 (1,5%) больных развился кровотечение из-за соскальзывания лигатуры из культи сосудистой ножки иссеченного геморроидального узла на 11-ти часах по «условному циферблату» потребовавшее повторное ушивание раны культи сосудистой ножки иссеченного геморроидального узла.

У 5 (3,5%) пациентов наблюдалась рефлекторная задержка мочеиспускания, потребовавшее назначения раствора прозерина 0,05%-1,0 п/к, 2 р в день и катетеризации мочевого пузыря сроком до 3 дней. Затруднения первой дефекации на 3-4-ые сутки после операции отмечали 37 (28,5%) больных.

У 1 (0,8%) пациента в послеоперационном периоде развился острый парапроктит, который вскрыт.

Измерение температуры в анальном канале на 3-5-7-ые сутки после операции дали следующие результаты:  $37,4^{\circ} \pm 0,3^{\circ}$ ;  $37,8^{\circ} \pm 0,2^{\circ}$ ;  $37,3^{\circ} \pm 0,2^{\circ}$  соответственно.

На 25-30-ые сутки после операции при повторном обследовании больных и проведении сфинктерометрии у 8 (6,2%) пациентов выявлена недостаточность анального сфинктера первой степени. Эти больные жаловались на недержание газов, им было назначено консервативное лечение. Больные этой группы в стационаре находились в среднем  $10,6 \pm 1,1$  койко-дней, а сроки нетрудоспособности равнялись  $30,2 \pm 1,4$  дням.

Отдаленные результаты лечения изучены у 75 (57,7%) больных в сроки от 6 месяцев до 3-ех лет.

При этом установлено, что у 8 (10,7%) пациентов развилась недостаточность анального сфинктера первой степени, у 3 (4%) человек наступила стриктура заднего прохода, а 6 (8%) больных отмечали тупые боли при дефекации, у 5 (6,7%) пациентов наблюдалось незначительное выделение крови при дефекации, у 4 (5,3%) человек наступил рецидив анальной трещины.

Вышеизложенное показывает, что после традиционных сочетанных операций при хроническом геморрое III-IV стадии в сочетании анальной трещины процент послеоперационных и отдаленных осложнений остаются на довольно высоком уровне.

**В четвертой главе** «Результаты хирургического лечения хронического геморроя III-IV стадии в сочетании с анальной трещиной у больных основной группы» представлены результаты усовершенствованной методика лечения такой сочетанной патологии.

Усовершенствованная методика сочетанных операций при хроническом геморрое III-IV стадии в сочетании с анальной трещиной заключалась в следующем: после осуществления сакральной анестезии больной укладывался на гинекологическое кресло в положении как на камнесечение. После обработки операционного поля и обкладывания его стерильным бельем, ректальным зеркалом плавно осуществляли растяжение анального жома в поперечном направлении, т.е. в 3-9 часах по условному циферблату до соприкосновения ручек ректального зеркала друг с другом (в течении 4-5 минут).

После чего поочередно иссекаем внутренние геморроидальные узлы, расположение на 3-7-11 часах с умыванием ран слизистой оболочки ран анального канала рассасывающимися нитями наглухо. Потом циркулярно иссекали наружные геморроидальные узлы без повреждения зубчатой линии. Образовавшиеся раны так же ушивали наглухо рассасывающимися нитями.

В последнюю очередь иссекали анальную трещину, рану ушивали в поперечном направлении наглухо рассасывающимися нитями. В прямую кишку вставляли узкую марлевую полоску, пропитанную мазью левомеколь и газоотводящую трубку (часть одноразовой системы длиной 13-15 см).

После таких оперативных вмешательств, в послеоперационном периоде у 56(41,5%) больных отмечен выраженный болевой синдром. На 3-4 день после операции во время первой дефекации у 32 (23,7%) пациентов возникла боль. Тупые боли в области после операционных ран сохранялись до 7-8 суток у 29(21,5%) больных.

Среди больных основной группы в раннем послеоперационном периоде кровотечения не наблюдалось. Во время первой перевязки когда удаляли марлевую салфетку из анального канала – у 12 (8,9%) пациентов отмечено незначительное выделение крови из прямой кишки.

У 2 (1,5%) больных наблюдалось рефлексорная задержка мочеиспускания, которая разрешилась после инъекции 0,05% раствора прозерина. Затруднение первой дефекации после операции на 3-4 сутки отмечали 14(10,4%) пациентов.

Среди больных этой группы осложнение в виде острого парапроктита не наблюдался.

Измерение температуры в анальном канале на 3-5-7-ые сутки после операции показало меньшую выраженность местного воспалительного процесса в ранах анального канала:  $37,3^{\circ}\pm 0,2^{\circ}$ ;  $37,5^{\circ}\pm 0,1^{\circ}$ ;  $37,2^{\circ}\pm 0,1^{\circ}$  соответственно.

На 25-30-ие сутки после операции больные повторно обследованы и им произведена повторная сфинктерометрия. При этом у 2 (1,5%) пациентов выявлена недостаточность анального сфинктера первой степени.

Больные основной группы в стационаре, в среднем, находились  $9,2\pm 0,4$  койко-дня. Сроки нетрудоспособности равнялись  $28,4\pm 1,2$  дням. Отдаленные результаты лечения изучены у 78(57,8%) больных. При этом установлено, что у 2 (2,6%) пациентов развилась недостаточность анального сфинктера первой степени, у 1(1,3%) больного выявлена стриктура заднего прохода, у 3 (3,9%) человек во время дефекации появлялись слабые, тупые боли, а у 2 (2,6%) больных наблюдалось скудное выделение крови при дефекации, рецидив анальной трещины наступил у 1 (1,3%) пациента.

Предлагаемая нами методики сочетанных операций при хроническом геморрое III-IV стадии в сочетании с анальной трещиной является технически простым и легко выполняемым. После такой сочетанной операции количество осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки снижаются до минимума.

Таким образом предложенная нами методика сочетанной операции показана при хроническом геморрое III-IV стадии в сочетании с анальной трещиной без выраженного спазма анального сфинктера.

Противопоказанием к применению данной методики сочетанного оперативного вмешательства являются тяжелые общие заболевания организма.

В пятой главе «Сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения хронического геморроя III-IV стадии в сочетании с анальной трещиной у больных контрольной и основной групп» сопоставлены результаты лечения.

Сравнительный анализ результатов хирургического лечения хронического геморроя III-IV стадии в сочетании с анальной трещиной двумя методиками сочетанных операций показал преимущества предложенной нами усовершенствованной методики сочетанного оперативного вмешательства. Усовершенствованная методика значительно сокращает сроки пребывания больных в стационаре и амбулаторного долечивания, до минимума снижает число осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки (Таблицы 7,8).

Таблица 7 - Количество осложнений в ближайшем послеоперационном периоде у больных основной и контрольной групп.

П №	Виды осложнений	Контрольная группа n=130		Основная группа n=135		Достоверность
		абс.	%	абс.	%	
1	Выраженный болевой синдром	93	71,5	56	41,5	P<0,001
2	Кровотечение	2	1,5	-	-	-
3	Выделение крови во время первой перевязки	39	30,0	12	8,9	P<0,001
4	Рефлекторная задержка мочеиспускания	5	3,8	2	1,5	P>0,05
5	Затруднение при первой дефекации после операции	37	28,5	14	10,4	P<0,001
6	Острый парапроктит	1	0,8	-	-	-
7	Недержание газов	8	6,2	2	1,5	P>0,05

Таблица 8 - Отдаленные результаты хирургического лечения III-IV стадии в сочетании с анальной трещиной у больных контрольной и основной групп.

П №	Виды осложнений	Контрольная группа n=75		Основная группа n=78		Достоверность
		Абс.	%	Абс.	%	
1	Недостаточность анального сфинктера	8	10,7	2	2,6	P>0,05
2	Стриктура заднего прохода	3	4,0	1	1,3	P>0,05
3	Незначительные боли при дефекации	6	8,0	3	3,9	P>0,05
4	Скудные кровянистые выделения при дефекации	5	6,7	2	2,6	P>0,05
5	Рецидив анальной трещины	4	5,3	1	1,3	P>0,05

Таким образом результаты хирургического лечения хронического геморроя III-IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной по усовершенствованной методике позволяет нам рекомендовать ее более широко применять в клинической практике.

### Выводы

1. Разработана и внедрена в клиническую практику усовершенствованная методика хирургического лечения хронического геморроя III-V стадии в сочетании с хронической анальной трещиной, заключающаяся в плавном растяжении анального жома ректальным зеркалом, иссечении внутренних геморроидальных узлов (закрытая геморроидэктомия) и иссечении наружных геморроидальных узлов циркулярно.
2. Разработан способ поперечного ушивания раны после иссечения хронической анальной трещины.
3. Показанием к применению усовершенствованной методики сочетанного оперативного вмешательства является хронический геморрой III-IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной без выраженного спазма анального сфинктера.
4. Проведенный сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения хронического геморроя III-IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной различными способами показал преимущества усовершенствованной методики оперативного вмешательства в виде снижения недостаточности анального сфинктера с 10,7% до 2,6%.

## **Практические рекомендации**

1. Диагностика хронического геморроя в сочетании с анальной трещиной требует тщательного, комплексного обследования больных путем опроса, осмотра, применения общеклинических, специальных и инструментальных методов исследования.
2. При составлении плана хирургического лечения хронического геморроя в сочетании с хронической анальной трещиной следует учитывать степень выраженности спазма анального сфинктера.
3. При проведении операции по поводу хронического геморроя в сочетании с хронической анальной трещиной необходимо осуществлять плавное растяжение анального сфинктера ректальным зеркалом (в течении 4-5 минут), затем произвести геморроидэктомию и иссечение анальной трещины с ушиванием образовавшейся раны после иссечения трещины в поперечном направлении.

## **Список опубликованных работ по теме диссертации**

1. Люхуров Р. Н. Результаты хирургического лечения некоторых сочетанных заболеваний прямой кишки / А. М. Мадаминов, Р. Н. Люхуров // Вестник КРСУ. – 2013. – Т. 13. № 11. – С. 100–103.
2. Люхуров Р. Н. Сравнительная оценка некоторых методов хирургического лечения геморроя / Р. Н. Люхуров // Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана: сб. науч. ст. мед. фак. КРСУ. – Бишкек, 2013. – Выпуск 13. – С. 311–315.
3. Люхуров Р. Н. Диагностика и лечение хронического геморроя в сочетании с анальной трещиной / Р. Н. Люхуров // Хирургия Кыргызстана. – 2013. – № 2. – С. 44–47.
4. Люхуров Р. Н. Оптимизация хирургического метода лечения хронического геморроя III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной / Р. Н. Люхуров // Хирургия Кыргызстана. – 2013. – № 2. – С. 48–50.
5. Люхуров Р. Н. К вопросу хирургического лечения хронического геморроя в сочетании с хронической анальной трещиной / А. М. Мадаминов, Р. Н. Люхуров // Вестник КРСУ. – 2014. – Т. 14. – № 2. – С. 184–186.
6. Люхуров Р. Н. Хирургическая тактика при некоторых сочетанных заболеваниях прямой кишки / А. М. Мадаминов, А. Ю. Айсаев, Р. Н. Люхуров // Проблемы и вызовы фундаментальной и клинической медицины в XXI веке: сб. науч. ст. мед. фак. КРСУ. – Бишкек, 2014. – Выпуск 14. – С. 290–295.



7. Люхуров Р. Н. К вопросу хирургического лечения хронического геморроя / А. М. Мадаминов, А. Ю. Айсаев, Р. Н. Люхуров // Проблемы и вызовы фундаментальной и клинической медицины в XXI веке: сб. науч. ст. мед. фак. КРСУ. – Бишкек, 2014. – Выпуск 14. – С. 296–300.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:  
[www.gastroscan.ru/literature/](http://www.gastroscan.ru/literature/)