

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ: ДОСТИЖЕНИЯ И НЕДОСТАТКИ (Обзор литературы)

Мамажонов Исломбек Яшинбек угли

Ассистент кафедры общей хирургии № 2

*Ташкентский государственный медицинский университет,
г. Ташкент, Узбекистан*

Аннотация. По данным Всемирной организации здравоохранения, у 20–30 % пациентов, поступающих в хирургические отделения, выявляют два и более сопутствующих заболевания, и этот показатель ежегодно увеличивается. Это, в свою очередь, как и при других нозологиях, требует комплексного подхода к хирургическому лечению. Согласно различным источникам, распространённость проктологических заболеваний чрезвычайно высока — от 120 до 186 случаев на 1000 населения. Из них от 10 до 50 % пациентов нуждаются в лечении, причём в 75 % случаев требуется проведение хирургического вмешательства.

Ключевые слова: острый и хронический парапроктит, геморрой, анальная трещина, DHAL-RAR, Fistula-Tract Laser Closure, Ligation of Intersphincteric Fistula Tract, метод Seton.

Abstract According to the World Health Organization, 20-30% of patients admitted to surgical departments are diagnosed with two or more comorbidities, and this figure is increasing annually. This, in turn, as with other nosologies, requires a comprehensive approach to surgical treatment. According to various sources, the prevalence of proctological diseases is extremely high - from 120 to 186 cases per 1000 population. Of these, 10 to 50% of patients require treatment, with 75% requiring surgical intervention.

Keywords: acute and chronic paraproctitis, hemorrhoids, anal fissure, DHAL-RAR, Fistula-Tract Laser Closure, Ligation of Intersphincteric Fistula Tract, Seton method.

Введение

Среди неопухолевых заболеваний прямой кишки и анального канала особое место занимают геморрой, хроническая анальная трещина, полипы анального канала и прямой кишки, а также острый и хронический парапроктит. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа пациентов с сочетанной патологией, требующей хирургического лечения.

Некоторые исследователи отмечают необходимость расширения показаний к комбинированным операциям, указывая на их положительные стороны. Другие,

напротив, подходят к этому вопросу с осторожностью, аргументируя свою позицию высоким уровнем технической сложности подобных вмешательств и подчеркивая, что их проведение допустимо только при строгих показаниях и в условиях высокой квалификации хирурга.

Преимущества комбинированных операций, по мнению большинства авторов, заключаются в следующем:

- пациент излечивается одновременно от двух или трёх заболеваний;
- предотвращается прогрессирование патологического процесса;
- сокращается время пребывания в стационаре и последующей реабилитации;
- исключается необходимость повторной анестезии и связанного с ней риска осложнений;
- отпадает необходимость повторных предоперационных обследований;
- повышается экономическая эффективность лечения.

Таким образом, точная оценка клинических особенностей каждого пациента, индивидуальный подбор лечебной тактики и рациональное сочетание различных методов лечения имеют решающее значение.

Распространённость и причины развития геморроя

Согласно литературным данным, распространённость геморроя остаётся высокой — от 120 до 186 случаев на 1000 населения, причём 10–50 % пациентов нуждаются в лечении, а в 75 % случаев показано хирургическое вмешательство [1, 2, 3]. Геморрой как самостоятельная нозологическая форма встречается примерно у 82,1 % больных, а в сочетании с другими проктологическими заболеваниями — в 17,9 % случаев [4, 5]. К основным причинам развития геморроя относят врождённую недостаточность венозной системы, замедление венозного оттока и застой крови в сосудистом сплетении прямой кишки, малоподвижный образ жизни, тяжёлый физический труд, беременность и родовую деятельность [6]. Однако данные теории не объясняют артериальный характер кровотечения из геморроидальных узлов.

По мнению Капуллера Л. Л. и соавторов (1974, 1994), структурной основой геморроидальных узлов являются не варикозно расширенные вены, а гиперплазированные кавернозные ткани с расширением портокавальных и артериовенулярных анастомозов. Согласно механической теории, развитие геморроя связано с дегенеративными изменениями в тканях анального канала. Фиброзластические волокна,держивающие внутренние узлы, начинают разрушаться уже в третьем десятилетии жизни, что приводит к потере эластичности, смешению и выпадению узлов. Постоянное выпадение вызывает истончение и разрывы слизистой оболочки, что, в свою очередь, становится причиной кровотечения. Таким образом,

геморрой является результатом воздействия множества патогенетических факторов [7, 8-10].

Классификация геморроя

По локализации геморрой делят на:

- внутренний,
- внешний, – комбинированный.

По клиническому течению различают острый и хронический геморрой.

Хронический геморрой протекает в четыре стадии [11]:

1. I стадия: узлы не выпадают, отмечается лишь кровотечение при дефекации;
2. II стадия: узлы выпадают при дефекации, но самостоятельно вправляются;
3. III стадия: узлы выпадают даже при незначительной физической нагрузке, самостоятельно не вправляются, но могут быть вправлены вручную;
4. IV стадия: узлы постоянно находятся снаружи и не вправляются даже вручную.

Острый геморрой подразделяется на три степени:

1. I степень — тромбоз наружных и внутренних узлов;
2. II степень — тромбоз узлов с признаками некроза;
3. III степень — распространение воспаления на подкожную жировую клетчатку и некроз слизистой оболочки.

Осложнённый геморрой является показанием к оперативному лечению.

Основные направления хирургического лечения

Существующие оперативные методы условно делятся на три основные группы [12]:

1. Лигирование (перевязка) геморроидальных узлов;
2. Пластические операции;
3. Иссечение геморроидальных узловСогласно данным литературы, лечение геморроя методом лигирования узлов нередко сопровождается развитием осложнений: выраженный болевой синдром отмечается у 13,7–16,3 % пациентов, отёчность перианальной области — у 16,2–19,4 %, повышение температуры тела — у 9,1–15,3 %. В отдалённые сроки возможно ослабление анального сфинктера (в 8–11 % случаев) и рецидив заболевания — в 9,3–16,2 % наблюдений [2, 10, 19]. После применения латексных колец частота рецидивов колеблется от 8,2 до 34,1 % [13, 14].

Операции по удалению слизистой оболочки анального канала и геморроидальных узлов с последующим опусканием слизистого лоскута к перианальной зоне (операция Уайтхеда), а также операции с использованием циркулярных сшивающих аппаратов (операция Лонго) также могут сопровождаться тяжёлыми осложнениями.

Геморроидэктомия, выполненная с применением циркулярных сшивающих аппаратов диаметром 25–30 мм («Covidien» или «Ethicon»), может приводить к недостаточности анального сфинктера и формированию структуры заднепроходного отверстия.

Согласно литературным данным, основные недостатки хирургических методов лечения геморроя включают: риск кровотечения, выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, возможность развития структуры анального канала, парапроктита, болезненность при контрольных осмотрах, длительную нетрудоспособность, риск позднего развития недостаточности сфинктера и рецидива заболевания (в 2–3,4 % случаев) [10, 15, 22].

В хирургической практике также применяется лазерная геморроидэктомия. К её преимуществам относят бескровность, меньшую выраженность болевого синдрома и более лёгкое течение послеоперационного периода. Однако, по данным исследований, при геморрое с высоким риском рецидива возможно развитие структуры анального канала [15].

С целью ускорения заживления послеоперационной раны и сокращения сроков реабилитации применяются методы лазерного (гелий-неонового) и ультрафиолетового облучения раны, а также электронейроаналгезия, однако достоверных клинических данных об их эффективности пока нет.

Наиболее распространённой операцией остаётся предложенная W. Miles модификация — операция Миллигана–Моргана. При этом удаляются три внутренних и три наружных геморроидальных узла (расположенных по условному циферблату на 3, 7 и 11 часах), вместе с кавернозными телами в подслизистом слое прямой кишки [16]. Основным недостатком операции является выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде.

Существует модификация геморроидэктомии, при которой перианальная рана не ушивается и оставляется открытой — так называемая «открытая геморроидэктомия». Это сокращает продолжительность операции, уменьшает интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде и способствует более быстрому восстановлению пациента [17].

Среди проктологических заболеваний по частоте встречаемости анальная трещина занимает второе место после геморроя. Хроническая анальная трещина характеризуется выраженным болевым синдромом и продолжает вызывать дискуссии среди проктологов из-за различий в подходах к диагностике и лечению. Частота анальной трещины среди заболеваний прямой кишки составляет от 11 до 16 %, что

соответствует 20–24 случаям на 1000 человек. Наиболее часто заболевание встречается у женщин молодого и среднего возраста.

Причины образования анальной трещины разнообразны: механическое повреждение слизистой твёрдым калом, нарушения кровообращения, нейромышечные расстройства, травмы анального сфинктера, длительный спазм сфинктера, а также сосудистые и нейрогенные нарушения.

В формировании трещины задней стенки анального канала определённую роль играют глубокие крипты Морганьи в дистальной части прямой кишки и участки соединения волокон сфинктера [18]. Трещины передней стенки анального канала чаще наблюдаются у женщин.

Нередко анальная трещина сочетается с ректоцеле и мегадолихоколоном. Дно трещины, имеющей ровные края, инфицируется патогенной кишечной микрофлорой, в результате чего нервные окончания лишаются оболочки и обнажаются, что вызывает выраженный болевой синдром.

В хронической стадии края язвы утолщаются и уплотняются, в дистальной части формируется так называемый «сторожевой бугорок», а в проксимальной может выявляться гиперпластический анальный сосочек. Следует отметить, что данные образования не связаны с истинными полипами. Причинами формирования анальной трещины могут быть зуд в области ануса, кондиломы, проктит, повреждение слизистой оболочки инородными предметами, анальные травмы при нетрадиционных половых контактах, острый проктосигмоидит, хронический колит, сопровождающийся запорами [19].

Клиническая картина анальной трещины характеризуется классической триадой симптомов: боль в области ануса, спазм анального сфинктера и незначительное кровотечение из анального отверстия.

При сочетании анальной трещины с геморроем пациенты дополнительно жалуются на выпадение узлов и более обильное кровотечение из прямой кишки. Боль вызывает рефлекторный спазм анального сфинктера, а спазм, в свою очередь, усиливает боль, формируя «порочный круг».

При острой анальной трещине боль интенсивная, но кратковременная — возникает во время дефекации или в течение 15–20 минут после неё.

При хронической форме болевой синдром длительный, иногда развивается страх перед актом дефекации («боязнь туалета»). Пациенты становятся раздражительными, страдают бессонницей и нередко прибегают к частым клизмам.

Анальная трещина вследствие спазма сфинктера может осложняться выраженным болевым синдромом, кровотечением и острым парапроктитом [19].

Диагностика анальной трещины проста и включает осмотр перианальной области, пальпацию, пальцевое исследование и сфинктерометрию. Важно исключить наличие неполного свища прямой кишки, так как он также сопровождается постоянными болями и при разведении анального канала может выделяться гной.

Пальцевое исследование при хронической анальной трещине позволяет определить её локализацию, состояние краёв (утолщённость, возвышенность), наличие спазма сфинктера, состояние стенок анального канала и консистенцию анальных сосочков. Оперативное лечение показано при хронической форме заболевания, когда консервативная терапия в остром периоде не приносит эффекта. Многие зарубежные авторы вместо дозированной задней сфинктеротомии применяют предложенную Parks A. (Парком) латеральную подкожную сфинктеротомию [20]. При этом под контролем пальца, введённого в прямую кишку, пересекают только внутренний отдел сфинктера. В конце операции в анальный канал вводят тонкую трубку для отведения воздуха и марлевую турундочку с антисептической мазью. Считается, что рана анальной трещины заживает самостоятельно. Однако учитывая невозможность полного контроля глубины латеральной диссекции сфинктера, такая операция не является радикальной, так как оставляет часть поражённой ткани и не исключает риск развития недержания кала. По мнению отечественных авторов, радикальная операция заключается в иссечении трещины в пределах здоровой слизистой оболочки с выполнением дополнительной дозированной задней сфинктеротомии [20].

Некоторые исследователи рекомендуют дополнять сфинктеротомию опусканием слизистой оболочки и её фиксацией к перианальной коже. Однако такой подход сопровождается усилением болевого синдрома в послеоперационном периоде, а также повышением риска развития транссфинктерных свищей прямой кишки и подкожно-подслизистого парапроктита [16-20]. Сочетание геморроя с анальной трещиной наблюдается в 11,4–59,2 % случаев. Чаще всего трещины возникают при выпадении внутренних геморроидальных узлов. При геморрое трещины протекают хронически, что связано с нарушением микроциркуляции, особенно в задней и передней частях анального канала [3-15]. В литературе описаны случаи одновременного хирургического лечения анальной трещины и геморроя. Так, Назаров Л.У. (1981) [20] выполнял иссечение трещины с полным восстановлением слизистой оболочки, боковую подкожную сфинктеротомию и геморроидэктомию; для защиты раневой поверхности от инфекции применялась полимерная плёнка «Диплен». Однако сочетанное выполнение иссечения анальной трещины, сфинктеротомии и

геморроидэктомии имеет существенные недостатки. В анальном канале образуется дефект слизистой оболочки, что становится источником болевого синдрома и может вызывать рефлекторную задержку мочи. Кроме того, грануляция раны затягивается, увеличивая сроки временной нетрудоспособности. Дефект слизистой способствует образованию грубых рубцов, что, в свою очередь, повышает риск формирования интрасфинктерных сиций и недостаточности анального сфинктера [16, 18]. Мадаминов А.М. и соавторы (2011) [14] исследовали хирургическое лечение хронической анальной трещины в сочетании с хроническим геморроем у 172 пациентов. Больные были разделены на две группы:

- Основная группа (82 пациента, 47,7 %) — применён предложенный авторами усовершенствованный метод;
- Контрольная группа (90 пациентов, 52,3 %) — выполнена геморроидэктомия по Миллигану–Моргану (вторая модификация, рекомендованная НИИ проктологии Минздрава России) с иссечением анальной трещины по методу Габриэля.

Все пациенты жаловались на выпадение внутренних узлов, кровотечение и умеренные боли при дефекации.

Хирургические вмешательства по сути были схожи, за исключением того, что в основной группе трещина иссекалась по методу Габриэля, но рана ушивалась поперечно, а в контрольной группе оставлялась открытой. Дозированная сфинктеротомия выполнялась на глубину до 0,8 см у мужчин и до 0,6 см у женщин.

Мухаббатов Д.К. и соавторы (2015) [5, 7] провели хирургическое лечение 118 пациентов с сочетанием геморроя и трещины анального канала.

Из них у 60 больных применена усовершенствованная тактика:

- у 35 (58,3 %) выполнена геморроидэктомия внутренних и наружных узлов с иссечением трещины и дополнительными микроразрезами перианальной кожи;
- у 25 (41,7 %) — выполнено только иссечение трещины с деартериализацией внутренних узлов или геморроидэктомией наружных.

Результаты показали:

- после усовершенствованной операции выраженный болевой синдром наблюдался лишь в 8,3 % случаев;
- после стандартных операций — в 24,1 %.

Фатхутдинов И.М. (2015) [11] проанализировал результаты хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадии у 96 больных, из которых у 25 (26 %) выявлены сопутствующие заболевания анального канала:

- хроническая анальная трещина — у 7;
- гипертрофированный анальный сосочек — у 7;

- геморроидальная бахромка — у 7;
- хронический интрасфинктерный свищ прямой кишки — у 3;
- криптиз — у 1.

Средний возраст пациентов составил $48,5 \pm 11,7$ лет.

Во время операции перевязывали 6–8 ветвей верхней прямокишечной артерии (деартериализация). Мусорексия и подъём слизистой (лифтинг) выполнялись, как правило, в положениях 3, 7 и 11 часов.

Осложнения отмечены у 25 пациентов (26 %):

- кровотечение — у 8 (8,3 %);
- острый геморроидальный тромбоз — у 3 (3,1 %);
- выраженный болевой синдром — у 2 (2,1 %). По мнению автора, изменение техники операции — фиксация «лифтинг-швов» к опорным швам и наложение последнего шва не ближе чем на 8 мм выше зубчатой линии — позволяет снизить частоту ранних послеоперационных осложнений.

Сочетание геморроя с ректоцеле встречается в 8–31 % случаев. В последние годы количество публикаций, посвящённых ректоцеле, значительно увеличилось, однако ранее сведения об этой патологии были крайне ограничены. Ректоцеле чаще развивается после травм перианальной области, беременности или тяжёлых родов. Поэтому многие авторы рассматривали это состояние как акушерско-гинекологическую проблему, ограничиваясь пластикой ректовагинальной перегородки.

Высокая доля неудовлетворительных результатов лечения показывает, что оптимальная хирургическая тактика при сочетанных патологиях до сих пор окончательно не определена. Патологический процесс характеризуется наличием внутреннего отверстия в стенке прямой кишки и внешнего отверстия на коже перианальной области. Поскольку хронический парапроктит обычно является следствием перенесённого острого процесса, его развитие связано либо с поздним обращением пациента, либо с неправильно выбранной тактикой лечения [14, 15]. Клинически заболевание часто сопровождается симптомами проктита и проктосигмоидита, а также признаками интоксикации из-за наличия гнойного очага. Наиболее выраженные воспалительные изменения наблюдаются в глубоких криптах задней стенки анального канала. Острый парапроктит и прямокишечный свищ представляют собой две стадии одного патологического процесса. Наиболее часто свищи располагаются на уровне 6 часов условного циферблата, что связано с недостаточным кровоснабжением задней стенки прямой кишки из-за особенностей ветвления а. rectalis inferior [10, 13]. Первая разновидность используется при

интрасфинктерных и транссфинктерных сицицах, когда свищевой ход иссекается треугольным разрезом с вершиной, направленной к прямой кишке. Положительный эффект отмечается у 83–94,7 % пациентов, однако 19–25 % жалуются на неприятные ощущения в аноректальной области [5]. Метод Габриэль–2 применяется при экстрасфинктерных сицицах, когда свищевой ход иссекается с пересечением волокон сфинктера и последующим их ушиванием. Это часто приводит к недержанию кала, а также сопровождается крупной раной, длительным заживлением, формированием грубых рубцов и выраженным болевым синдромом [15].

Заключение

Таким образом, авторы сделали вывод, что одновременное выполнение геморроидэктомии и иссечения анальной трещины по Габриэлю с поперечным ушиванием раны обеспечивает лучшие результаты по сравнению с традиционными методами.

Список литературы

1. Yusufjanovich, E. U., & Rafiqovich, Z. A. (2023). The Use of Endovascular Laser Coagulation in the Recurrence of Varicose Veins of the Lower Extremities. International Journal of Scientific Trends, 2(2), 24-31.
2. Yusufjanovich, E. U., & Rafiqovich, Z. A. (2023). Evaluation of the lipid peroxidase index in diabetic complications. Conferencea, 68-73.
3. Эргашев, У. Ю., Зохиров, А. Р., Мустафакулов, Г. И., & Моминов, А. Т. (2023). ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОСТРАНСТВАХ ПЕЧЕНИ. European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 12, 17-26.
4. Эргашев, У. Ю., Зохиров, А. Р., Минавархужаев, Р. Р., Абдусаломов, Б. А., & Ортикоев, Ф. Д. (2023). Оценка эффективности малоинвазивных операций при механической желтухе и применение алгоритма. European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 12, 6-16.
5. Атаходжаева, Ф. А., Сохирова, Г. К., Эргашев, У. Ю., & Зохиров, А. Р. (2023). ВЛИЯНИЯ ВИТАМИНА Д НА ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКОЙ. In E Conference Zone (pp. 35-41).
6. Ergashev, U. Y., Mominov, A. T., Malikov, N. M., Yakubov, D. R., & Abdusalomov, B. A. (2023). Modern approach to complex treatment of diabetic foot ulcers. LITERATURE REVIEW.

7. Моминов, А. Т., Маликов, Н. М., Якубов, Д. Р., & Абдусаломов, Б. А. (2022). Проблемы обезболивания в амбулаторной хирургии. European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 10, 81-89.
8. Эргашев, У. Ю., Якубов, Д. Р., & Моминов, А. Т. (2022). Ўткир пельвиоректал парапроктит бўлган беморни комплекс даволаш (клиник холат). Development of pedagogical technologies in modern sciences, 1(2), 63-64.
9. Эргашев, У. Ю., Моминов, А. Т., Маликов, Н. М., & Якубов, Д. Р. (2022). Нарушение целостности стопы у пациентов с сахарным диабетом (обзор литературы). Journal of new century innovations, 17(1), 7-18.
10. Ergashev, U. Y., Zokhirov, A. R., Ernazarov, K. I., Minavarkhyjayev, R. R., & Malikov, N. M. (2022). THE STUDY OF DIAGNOSTICS AND PREVENTION OF PATHOPHYSIOLOGICAL PARAMETERS AFTER MODERN TREATMENT OF PURULENT-NECROTIC PROCESSES IN DIABETIC FOOT SYNDROME. Central Asian Journal of Medicine, (4), 22-35.
11. Yusufjanovich, E. U. (2023). Management of Patients with Acute Arterial Ischemia of the Lower Limb. International Journal of Scientific Trends, 2(2), 43-48.
12. Базарбаев, М. И., & Сайфуллаева, Д. И. (2022). Рахиғ мов Б Т., Ж, раева З Р. Роль информационных технologий в медицине и биомедицинской инженерии в подготовке будущих специалистов в пеғриод цифровой трансформации в образовании. ТТА Ахборотномаси, 10(10), 8-13.
13. Марасулов, А. Ф., Базарбаев, М. И., Сайфуллаева, Д. И., & Сафаров, У. К. (2018). Подход к обучению математике, информатике, информационным технологиям и их интеграции в медицинских вузах.
14. Izzatillaeva, S. D. (2025). USING MATHEMATIC-STATISTICAL METHODS IN MEDICAL RESEARCH FOR RAPID DIAGNOSIS. Web of Discoveries: Journal of Analysis and Inventions, 3(5), 71-74.
15. Bazarbaev, M. I., & Sayfullaeva, D. I. (2025). WHEN ALGORITHMS MEET ANATOMY: UZBEKISTAN'S MEDICAL EDUCATION IN THE AGE OF TECHNOLOGY. Central Asian Journal of Medicine, (4), 35-39.