

© Коллектив авторов, 2014  
УДК 616.147.17-007.64:616.352-007.253  
DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2014.09001>  
ISSN – 2073-8137

## ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА У БОЛЬНЫХ С ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ РУБЦЕОБРАЗОВАНИЮ

А. В. Муравьев<sup>1,2</sup>, П. М. Лаврешин<sup>1</sup>, В. К. Гобеджишвили<sup>1</sup>, В. И. Линченко<sup>1</sup>,  
О. В. Владимирова<sup>1</sup>, В. В. Гобеджишвили<sup>1</sup>, О. В. Лысенко<sup>2</sup>, Р. В. Журавель<sup>2</sup>, В. С. Малюгин<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ставропольский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> Городская клиническая больница № 2, Ставрополь

**Ч**астота выявления рубцовых анальных стенозов колеблется в пределах 1,7–9 % от всех больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний прямой кишки и перианальной области [1, 4, 5]. Чаще всего стенозы анального канала развиваются после геморроидэктомии – от 1,5 до 15 % наблюдений [2, 3, 6].

Целью исследования было улучшение результатов лечения больных с проктологической патологией в условиях предрасположенности к рубцеванию.

Муравьев Александр Васильевич,  
доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Ставропольского государственного медицинского университета; заведующий отделением колопроктологии МБУЗ «2-я городская клиническая больница», г. Ставрополь;  
тел.: (8652)714895

Лаврешин Петр Михайлович,  
доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Ставропольского государственного медицинского университета;  
тел.: (8652)714823; e-mail: g\_surg@mail.ru

Гобеджишвили Владимир Кицвардиевич,  
кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии Ставропольского государственного медицинского университета;  
тел.: (8652)714823

Линченко Владимир Иванович,  
кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии Ставропольского государственного медицинского университета;  
тел.: (8652)714823

Владимирова Оксана Владимировна,  
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей хирургии Ставропольского государственного медицинского университета;  
тел.: (8652)714823

Гобеджишвили Вахтанг Владимирович,  
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей хирургии Ставропольского государственного медицинского университета;  
тел.: (8652)714823

Лысенко Олег Викторович,  
врач колопроктологического отделения МБУЗ «2-я городская клиническая больница», г. Ставрополь,  
тел: 905744; e-mail: Lys.o.v@yandex.ru

Журавель Роман Вадимович,  
врач колопроктологического отделения МБУЗ «2-я городская клиническая больница», г. Ставрополь;  
тел.: (8652)355210

Малюгин Вячеслав Сергеевич,  
врач колопроктологического отделения МБУЗ «2-я городская клиническая больница», г. Ставрополь;  
тел.: (8652)355210

**Материал и методы.** В исследование включены 838 пациентов с геморроем и 205 больных с хроническим парапроктитом. Для выявления склонности к развитию избыточного рубцеобразования был использован диагностический алгоритм, включавший следующие факторы риска: заболевания желудочно-кишечного тракта, аллергию, аутоиммунные заболевания, наличие внутрибрюшных сращений, быстрый тип ацетилирования и результаты исследования сывороток крови больных с помощью иммуноферментного анализа с магнимоносorbентной тест-системой (МИС) [3, 5]. На первом этапе у всех пациентов были изучены ацетиляторная активность и число положительных реакций МИС с иммобилизованным антигенным рубцовым комплексом (АРК) и сывороток крови больных на 14, 28 и 42 сутки после операции. Ацетиляторную активность определяли с учетом активности N-ацетилтрансферазы. Из инструментальных исследований применялись дилатометрия, сфинктеромиография, аноректальная манометрия.

К оперативному удалению геморроидальных узлов прибегали при геморрое III и IV стадии. По форме заболевания внутренний геморрой диагностирован у 219 (69,3 %) больных, комбинированный – в 97 (30,7 %) случаях. Группу сравнения составили 168 (53,2 %) пациентов, у которых не выявляли склонность к избыточному рубцеобразованию и выполняли классическую геморроидэктомию: 42 (13,3 %) больным в I модификации НИИ проктологии и 126 (39,3 %) пациентам – во II модификации.

С 2010 года у 148 (46,8 %) больных со склонностью к избыточному рубцеванию, составивших основную группу, выполнена подслизистая геморроидэктомию, способствующая минимальному повреждению перианальной кожи и максимальному сохранению слизистой анального канала. Обезболивание – спинномозговая анестезия.

В зависимости от использованной лечебной тактики 79 больных с хроническим парапроктитом, с выраженным воспалительным процессом

в стенке прямой кишки, гнойными затеками в околопрямокишечных клетчаточных пространствах, также разделены на две группы. В контрольную группу вошли 42 (53,2 %) пациента, которым выполнены традиционные хирургические вмешательства. Остальные 37 (46,8 %) больных, у которых использован дифференцированный подход к выбору операции, составили основную группу. Кроме того, учитывались данные об отношении свищевого канала к волокнам сфинктера прямой кишки.

Из 42 (53,2 %) больных с хроническим парапроктитом контрольной группы 25 (31,6 %) имели интрасфинктерное расположение свищевого хода, 17 (21,5 %) – трансфинктерное. Им выполняли иссечение свища в просвет прямой кишки, вскрытие и дренирование гнойной полости в параректальной клетчатке. В 22 (54,8 %) случаях гнойная полость локализовалась в подкожном, в 16 (35,7 %) – ишиоректальном и у 4 (9,5 %) больных – в пельвиоректальном клетчаточном пространствах.

Разработанный и примененный у 37 (46,8 %) больных дифференцированный метод лечения предусматривает учет факторов риска по развитию избыточного рубцевания в стенке прямой кишки и области хирургического вмешательства, рациональное ведение послеоперационных ран. С целью уменьшения воспалительного процесса в стенке прямой кишки и окружающих ее тканях в предоперационном периоде осуществляли санацию гнойных полостей через свищевые ходы растворами антисептикой, чрезкожную обработку тканей среднечастотным ультразвуком. У 13 (35,1 %) пациентов с интрасфинктерной локализацией фистулы, наличием нескольких наружных отверстий свища, располагавшихся более чем в 4 см от анального отверстия, сообщающихся между собой гнойной полостью, расположенной в подкожной клетчатке, после иссечения свищевого хода в просвет прямой кишки «копьевидным» разрезом, иссечения гнойной полости производили ушивание дистального участка раны наглухо. При локализации гнойников в подкожной клетчатке, но трансфинктерном расположении фистулы 10 (27,0 %) больных с хроническим парапроктитом операция заключалась в иссечении свища в просвет прямой кишки «клиновидным» разрезом, иссечении гнойной полости, ушивании поврежденных волокон сфинктера и дистального участка раны наглухо. У оперированных ранее от 2 до 5 раз 11 (28,7 %) больных с интрасфинктерными свищами и гнойниками в ишио- и пельвиоректальных клетчаточных пространствах выполняли иссечение свища в просвет прямой кишки, вскрытие и дренирование гнойной полости с последующим ушиванием дистального участка раны наглухо.

С 3–5 дня послеоперационного периода для уменьшения сроков очищения и ускорения процессов регенерации ран промежности назначали низкочастотный ультразвук выходной

мощностью 0,2 Вт/см<sup>2</sup> № 5. В фазе регенерации применяли лазеротерапию частотой 1500 Гц № 5. Профилактика избыточного рубцеобразования также включала: с 3–4 суток санация гнойных полостей озонированным физиологическим раствором в концентрации от 2–3 мг/л № 7–10; с 7 суток в/м 1 раз в 3 дня Лонгидаза № 10; с 7–9 суток после операции нанесение геля Галодерм на фоне системной десенсибилизующей терапии; при наступлении эпителизации – ультрафонофорез с гелем Контрактубекс № 10–12; электрофорез с Лидазой 64 Ед из раствора № 10.

Статистическая обработка и графическое исполнение выполнены с использованием программ «Biostat», SPSS 17.0 и пакета программ «Microsoft Office».

**Результаты и обсуждение.** У 483 (46,3 %) больных с геморроем и хроническим парапроктитом активность N-ацетилтрансферазы колебалась в пределах 3,0–9,2 %, в среднем составляя 5,4±0,21 %, а у 560 (53,7 %) больных – от 10,4 до 64,4 %, составляя в среднем 38,2±2,2 %. Среди больных геморроем быстрый тип ацетилирования выявлен у 391 (46,7 %) обследованного с ацетилирной активностью 5,23±0,17 %, а из 205 пациентов с хроническим парапроктитом – у 92 (44,9 %) человек с активностью 5,61±0,27 %.

Для выявления повышенной склонности к избыточному рубцеобразованию у 838 больных с геморроем и у 205 пациентов с хроническим парапроктитом на 7 сутки после операции в сыворотке крови были исследованы с помощью иммуноферментного анализа АРК. В диагностическом титре сыворотки 1:80 зафиксирована реакция АРК с антителами сыворотки крови у 331 (39,5 %) пациента с геморроем и 87 (42,4 %) больных с хроническим парапроктитом. При сопоставлении результатов определения типа ацетилирования и данных реакции АРК с сыворотками крови в диагностическом разведении 1:80 у больных геморроем и хроническим парапроктитом повышенная предрасположенность к развитию избыточного рубцевания определена у 316 (90,0 %) пациентов с геморроем и у 79 (20,0 %) больных с хроническим парапроктитом. Возраст больных колебался от 19 до 70 лет. Женщин было 212 (53,7 %), мужчин – 183 (46,3 %).

Из 316 пациентов с геморроем различные сопутствующие заболевания, входящие в группу факторов риска, выявлены у 196 (62,0 %) больных. Чаще всего встречались заболевания желудочно-кишечного тракта – у 87 (37,6 %) пациентов. В 74 (32,1 %) случаях зарегистрирована аллергия. Значительно реже встречались аутоиммунные заболевания – у 31 (13,4 %) больного. Наличие сращений в брюшной полости отмечали у 25 (10,8 %) больных (выявлено в анамнезе), а у 14 (6,1 %) пациентов – подтверждено данными рентгенологического и ультразвукового исследования. В группе пациентов с хроническим парапроктитом имелось 53 сопутствующих за-

болевания у 41 (51,9 %) больного. Среди больных также превалировала патология желудочно-кишечного тракта – у 16 (39,0 %) пациентов, аллергия – у 12 (29,3 %). Аутоиммунные заболевания встретились у 7 (17,1 %) больных. Сращения в брюшной полости по данным анамнеза и дополнительных методов исследования были у 6 (14,6 %) пациентов.

В сроки 14, 28 и 42 суток пациентам с хроническим геморроем, получавшим как традиционный, так и дифференцированный методы лечения, проведены исследования реакция АРК с антителами сыворотки крови больных. На фоне проводимой традиционной терапии у пациентов, перенесших геморроидэктомию, отмечалось незначительное снижение числа реакций МИС с АРК с антителами сыворотки крови. Так, в разведении 1:80 к 14 суткам – на 10,2 %, 28 суткам – на 21,4 %, а к 42 суткам – на 32,1 %. В разведении 1:320 к 14 суткам – на 11,4 %, 28 суткам – на 21,9 %, а к 42 суткам – на 31,7 %. Для сравнения, у пациентов основной группы динамика снижения числа положительных реакций МИС с АРК с антителами сыворотки крови была существенно выраженной. Так, в разведении 1:80 к 14 суткам – на 27,7 %, 28 суткам – на 56,8 %, а к 42 суткам – на 70,9 %. В разведении 1:320 к 14 суткам – на 34,2 %, 28 суткам – на 70,2 %, а к 42 суткам – на 82,5 %. Таким образом, на фоне дифференцированного лечения у больных хроническим геморроем вероятность развития патологического рубцеобразования снижалась в среднем в 2,7 раза. Динамика полученных результатов при аналогичных исследованиях у больных хроническим парапроктитом идентична.

Растяжимость анального канала на 14 сутки после операции при традиционном лечении соответствовала нормальным показателям у 70 (33,3 %) пациентов, а при дифференцированном методе лечения – у 129 (69,7 %) больных. К 42 суткам эти показатели равнялись 75,7 и 93,5 % соответственно. Таким образом, при дифференцированном подходе к лечению больных, у которых растяжимость анального канала соответствовала норме, было в 1,3 раза больше.

В тех случаях, когда по динамике аутоантителообразования число реакций МИС с АРК с антителами сыворотки крови в послеоперационном периоде снижалось медленно, а растяжимость анального канала составляла 3,3 см и менее проводили профилактическое бужирование анального канала с гелем Галодерм, используя буж для поэтапного бужирования собственной конструкции. Такое бужирование осуществлено при растяжимости анального канала на 14 сутки 3,3–1,9 см 61 (29,0 %) больному, леченному традиционно, и 13 (7,0 %) пациентам, получившим дифференцированное лечение. Осуществляли его не реже 2 раз в сутки в течение 8–10 дней. Использовали бужи двух видов: в одном случае минимальный диаметр бужа 0,7 см, в другом –

1,5 см. Профилактическое бужирование заканчивали, когда пациент сам беспрепятственно вводил ту часть бужа, которая соответствовала диаметру 3,8 см. На фоне проводимой комплексной терапии профилактическое бужирование способствовало тому, что из 59 пациентов с растяжимостью анального канала на 14 сутки 1,9–3,3 см к 28 суткам осталось 32, а при повторном курсе бужирования у них – 11 больных. В тех же случаях, когда растяжимость анального канала на 14 сутки составляла менее 1,8 см – у 15 больных, консервативными мерами удалось предотвратить избыточное разрастание рубцовой ткани только в 8 случаях. У 12 пациентов сформировался стеноз анального канала: у 2 (5,4 %) больных (оперированных по поводу хронического парапроктита) при дифференцированном, у 10 – при традиционном лечении. Из них 6 (3,6 %) пациентов перенесли геморроидэктомию, 4 (6,2 %) – оперированы по поводу хронического парапроктита. Первая степень сужения анального канала из 395 оперированных выявлена у 7 (1,77 %) больных, вторая – у 4 (1,0 %) пациентов, третья – у 1 (0,2 %) человека. Все они в последующем подвергнуты оперативному лечению.

Электромиография в динамике выполнена 79 (20 %) пациентам, у которых растяжимость анального канала к 14 суткам составляла менее 3,3 см. Недостаточность анального сфинктера на 28 сутки после операции из 395 пациентов выявлена у 20 (5,1 %) больных. При лечении традиционным методом она возникла у 16 оперированных: у 8 – первой, у 5 – второй, у 3 – третьей степени. При дифференцированном методе лечения недостаточность анального сфинктера выявлена у 4 пациентов, оперированных по поводу хронического парапроктита: 1-й степени – у 3, 2-й – у 1. К 42 суткам недостаточность замыкательного аппарата прямой кишки имела у 10 пациентов контрольной и у 2 – основной групп.

При сравнении результатов аноректальной манометрии в послеоперационном периоде у пациентов с хроническим парапроктитом и геморроем оказалось, что при дифференцированном методе лечения, по сравнению с традиционным, отмечается повышение: давления в анальном канале в состоянии покоя на 7,3 %, а при сжати – на 7,9 %; ректального объема – на 6,7 %; растяжимости прямой кишки – на 7,3 %. В то же время при традиционном методе лечения отмечается снижение: длины анального канала у мужчин на 6,5 %, у женщин – на 7,1 %; показателя ректальной чувствительности – на 16,7 %.

В ближайшие сроки после операции осложнения возникли у 36 (9,1 %) больных: у 29 (13,8 %) пациентов, леченных традиционными методами, и у 7 (3,8 %) пациентов, которым применен разработанный нами метод лечения. Рецидивов заболевания у больных геморроем не отмечено. У 1 (1,26 %) больного с транссфинктерным сви-

шем прямой кишки, получившего традиционные методы лечения, отмечалось развитие рецидива заболевания.

**Заключение.** Внедрение дифференцированного метода лечения позволило улучшить результаты лечения больных: уменьшить ко-

личество послеоперационных осложнений с 13,8 до 3,8 %, возникновение недостаточности анального сфинктера с 4,7 до 1,1 %, кроме того, снизить число рецидивов хронического парапроктита с 1,26 до 0 % и случаев развития стеноза анального канала с 4,8 до 1,1 %.

#### Литература

1. Айтбаев, М. Б. Модифицированный метод геморроидэктомии / М. Б. Айтбаев, М. М. Мадаминов, Ы. А. Бектенов [и др.] // Актуальные вопросы колопроктологии: матер. VI науч.-практ. конф. с междуна-род. участием. – Бишкек, 2008. – С. 140–143.
2. Ан, В. К. Неотложная проктология / В. К. Ан, В. Л. Ривкин. – М., 2003. – 198 с.
3. Муравьев, А. В. Сравнительная оценка хирургическо-го лечения экстрафинктерных свищей прямой кишки / А. В. Муравьев, В. С. Малюгин, В. И. Линченко, Д. А. Халин // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – Т. 8, № 2. – С. 34–36.

#### References

1. Aytbayev M. B., Madaminov M. M., Bektenov Y. A. i dr. Modifitsirovanny metod gemorroidektomii. Aktualnye voprosy koloproktologii: Mat. VI nauch.-prakt. konf. s mezhdunarod. uchastiyem. Bishkek; 2008. P. 140–143.
2. An V. K., Rivkin V. L. Neotlozhnaya proktologiya. M.; 2003. 198 p.

#### ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРОЯ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА У БОЛЬНЫХ С ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ РУБЦЕОБРАЗОВАНИЮ

А. В. МУРАВЬЕВ, П. М. ЛАВРЕШИН, В. К. ГОБЕДЖИШВИЛИ, В. И. ЛИНЧЕНКО, О. В. ВЛАДИМИРОВА, В. В. ГОБЕДЖИШВИЛИ, О. В. ЛЫСЕНКО, Р. В. ЖУРАВЕЛЬ, В. С. МАЛЮГИН

Исследовано 838 пациентов с геморроем и 205 с хроническим парапроктитом с целью выявления предрасположенности к патологическому рубцобразованию и проведению своевременного дифференцированного лечения. Для определения склонности к развитию избыточного рубцобразования был исследован ряд факторов риска (заболевания желудочно-кишечного тракта, аллергия, аутоиммунные заболевания, наличие внутрибрюшных сращений и др.). Исследовали быстрый тип ацетилирования (активность N-ацетилтрансферазы) и результаты исследования сывороток крови больных в иммуноферментном анализе с магнимоносorbентной тест-системой. Всем пациентам с выявленным риском патологического рубцобразования было проведено комплексное лечение, включавшее предоперационную подготовку, оперативное лечение и раннюю профилактику образования рубцовых стриктур анального канала. Внедрение дифференцированного метода лечения позволило улучшить результаты лечения больных: уменьшить количество послеоперационных осложнений с 13,8 до 3,8 %, снизить возникновение недостаточности анального сфинктера с 4,7 до 1,1 % и количество случаев развития стеноза анального канала с 4,8 до 1,1 %.

**Ключевые слова:** парапроктит, геморрой, стриктура, патологические рубцы, недостаточность анального сфинктера

4. Способ хирургического лечения эпителиального копчикового хода, осложненного множественными свищами / П. М. Лаврешин, В. К. Гобеджишвили, Т. С. Муртазаев [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2007. – Т. 166, № 4. – С. 63–65.
5. Хутов, А. Б. Прогнозирование, диагностика и лечение стриктур прямой кишки / А. Б. Хутов, А. В. Муравьев, В. К. Гобеджишвили // Проблемы колопроктологии. – М., 2006. – С. 159–161.
6. Mukta, V. Anal Stenosis / V. K. Mukta, R. Rocco // Surg. Clin. N. Am. – 2010. – Vol. 90. – P. 137–145.

3. Muravyev A. V., Malyugin V. S., Linchenko V. I., Khalin D. A. Meditsinsky vestnik Severnogo Kavkaza. – Medical News of North Caucasus. 2013;8(2):34–36.
4. Lavreshin P. M., Gobedzhishvili V. K., Murtazayev T. S. i dr. Vestnik khirurgii im. I. I. Grekova. – Journal of Surgery them I. Grekova. 2007;166(4):63–65.
5. Khutov A. B., Muravyev A. V., Gobedzhishvili V. K. Problemy koloproktologii. – Problems coloproctology. M.; 2006:159–161.
6. Mukta V., Rocco R. Surg. Clin. N. Am. 2010;90:137–145.

#### CHOISE OF A TREATMENT METHOD OF HEMORRHOIDS AND PARAPROCTITIS IN PATIENTS WITH PATOLOGICAL SCARRING SUSCEPTIBILITY

MURAVYOV A. V., LAVRESHIN P. M., GOBEDZHISHVILI V. K., LINCHENKO V. I., VLADIMIROVA O. V., GOBEDZHISHVILI V. V., LYSENKO O. V., ZHURAVEL R. V., MALYUGIN V. S.

838 patients with hemorrhoids and 205 with chronic paraproctitis were examined to identify the predisposition for pathological scar formation and to carry out timely differential treatment. For determination of predisposition to pathological scar formation the following risk factors were studied: diseases of the GIT, allergies, autoimmune diseases, intra-abdominal adhesions; fast type of acetylation and results of blood serum investigations were used in the magnoimmunosorbtion test-system. All patients with ascertained risk of pathological scarring were provided a complex treatment, which included preoperative preparation, operation and early postoperative prevention of pathological scars formation. Using of the differential method of treatment improved the results of treatment: the number of postoperative complications decreased from 13,8 to 3,8 %, anal sphincter failure decreased from 4,7 to 1,1 %, number of cases of chronic paraproctitis decreased from 1,26 to 0 %, cases of stenosis of the anal canal decreased from 4,8 to 1,1 %.

**Key words:** paraproctitis, hemorrhoids, stricture, pathological scars, anal sphincter failure