

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КЫРГЫЗСКО - РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

На правах рукописи

РАФИБЕКОВ ЭЛЬДАР ДЖАНГИРОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ**

14. 00. 27 – хирургия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

Диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек 2002

Диссертация выполнена на кафедре общей хирургии и анестезиологии Кыргызской государственной медицинской академии

Научный руководитель: доктор медицинских наук:
Чынгышпаев Ш. М.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук
профессор Ахунбаева Н.И. (Бишкек)
доктор медицинских наук
профессор Майстренко Н.А. (С-Петербург)

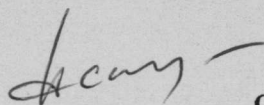
Ведущая организация: Государственный научный центр
колопроктологии МЗ РФ, Российская Федерация

Защита состоится « 13 » декабря 2002 г. в 14 час. На заседании диссертационного совета Д 730.001.03 при Кыргызско – Российском Славянском Университете (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызско-Российского Славянского Университета (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44).

Автореферат разослан « 12 » ноября 2002 г.

Ученый секретарь
специализированного совета,
доктор медицинских наук,
профессор:



Осмонов Т.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Геморрой - наиболее часто встречающееся в проктологической практике заболевание, не имеющее тенденции к уменьшению, несмотря на постоянное совершенствование методов его лечения и современные успехи (Г.И. Воробьев и соавт., 1999; В.Л. Ривкин и соавт., 2001).

Основываясь на данных исследования структуры проктологических заболеваний, приведенных Ривкиным В.Л. и соавт. (2001), следует отметить, что при амбулаторном обследовании проктологом, на долю геморроя приходится 42,1% проктологических больных, тогда как обследование проведенное в аналогичных условиях врачом другой специальности дает несколько иной результат- 63,9%. При этом зачастую за геморрой принимаются такие заболевания как колит, проктит и, что особенно важно, рак прямой кишки.

Вопросы хирургических модификаций геморроидэктомии, их ближайших и отдаленных результатов, возможных осложнений и рецидива болезни весьма актуальны в наше время, что требует особого подхода к выбору хирургического лечения рассматриваемой патологии (В.Л. Ривкин и соавт., 1994; Л.А. Благодарный и соавт., 1998; D Geile, 1998; J.N. Hussain, 1999; M. Hulme- Moir, D.C. Bartolo, 2001).

В большей степени это связано с поздней обращаемостью пациентов, когда консервативные и малоинвазивные способы лечения оказываются малоэффективными. Зачастую операции по поводу геморроя выполняются хирургами общего профиля, недостаточно знакомыми с природой геморроя и не имеющими достаточной проктологической квалификации.

Ранее в практике отечественных и Российских хирургов широко применялась перевязка геморроидальных узлов с отдельным иссечением наружных геморроидальных узлов. Эта операция достаточно легко выполняема, в то же время- высок процент рецидива (20- 30%), так как не полностью удаляется кавернозная ткань- анатомическая субстанция геморроя (А.М. Аминев, 1971).

Радикальностью отличается операция Уайтхеда и ее современные модификации, когда геморроидальные узлы удаляются с цилиндром мобилизованной слизистой оболочки заднепроходного канала. Эта операция требует высоких технических навыков в применении, отличается значительным процентом различных осложнений и не доступна широкому кругу хирургов (Р. Voccaşanta et al., 1998; G. Maria et al., 2001).

Некоторые хирурги применяют подслизистую геморроидэктомию (Л.А. Благодарный, 1998), которая требует филигранной техники.

Патогенетически обоснованной, не менее радикальной, достаточно доступной для широкого круга хирургов, является операция Миллигана - Моргана, направленная на иссечение трех основных коллекторов кавернозной ткани прямой кишки и ее современные модификации.

Наиболее широко применимой из них является вторая модификация ГНЦ колопроктологии МЗ РФ (ее сутью является иссечение геморроидальных узлов на 3-7-11 часах с прошиванием культи сосудистых ножек, ушивание образовавшихся ран) (В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер, 2000; Х.С. Бебезов, 2001).

Однако все еще высок процент осложнений после геморроидэктомии, что широко отражено в иностранной и русскоязычной литературе последних лет (В.Л. Ривкин и соавт., 2001; M. Munoz- Juarez et al., 1998; R. Winkler, 2001). Этим же объясняется интенсивный поиск новых вариантов и модификаций операции Миллигана-Моргана.

Таким образом, в целом, проблему хирургического лечения геморроя нельзя считать решенной в силу вышеназванных причин.

Достаточно частым и опасным осложнением в ближайшем послеоперационном периоде является кровотечение, выражен болевой синдром, существует вероятность инфицирования послеоперационной раны, находящейся в анальном канале и как следствие- развитие парапроктита, стриктур заднего прохода.

В связи с вышесказанным нами была поставлена **цель исследования:** оптимизировать диагностику и хирургическое лечение геморроя.

В соответствии с вышеназванной целью, были поставлены

следующие задачи:

1. Усовершенствовать метод геморроидэктомии по Миллигану - Моргану, путем создания оригинальной модификации, а именно: методику подшивания культи сосудистой ножки геморроидального узла кнаружи.
2. Разработать показания к применению данной модификации.
3. Изучить ближайшие и отдаленные результаты модифицированного метода геморроидэктомии, путем сравнительного анализа оригинальной модификации геморроидэктомии со второй модификацией ГНЦ колопроктологии МЗ РФ операции Миллигана - Моргана.
4. Определить оптимальные критерии диагностики и дифференциальной диагностики геморроя сочетающегося с другой патологией прямой кишки и заднепроходного канала.

Научная новизна:

1. Впервые разработана и внедрена в клиническую практику новая модификация радикального хирургического лечения геморроя.
2. На основании анализа клинического материала, определены показания к применению новой модификации оперативного лечения геморроя.

3. Значительно снижен процент осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

4. Разработаны алгоритмы диагностики и дифференциальной диагностики геморроя, основанный на основных проктологических жалобах и симптомах заболевания.

Практическая значимость работы:

Доказана высокая эффективность применения разработанной методики.

1. Снижается риск развития кровотечения в раннем послеоперационном периоде, благодаря дополнительному прошиванию культи ножки геморроидального узла и подшиванию её к коже перианальной области. В случае развития этого осложнения - его раннее выявление.
2. Вследствие прикрытия ушитой раны образовавшейся складкой уменьшается болевой синдром в раннем послеоперационном периоде.
3. Снижается возможность инфицирования послеоперационных ран, что является предупреждением парапроктита, нагноения ран, развития стриктур анального канала.
4. Предложенный нами принцип подхода к диагностике геморроя, способствует выявлению сопутствующей патологии прямой кишки и заднепроходного канала.

Разработанные технические приемы данной модификации отличаются простотой в выполнении, что позволяет рекомендовать его внедрение в широкую клиническую практику.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Представлены разработанные алгоритмы диагностики и дифференциальной диагностики геморроя.
2. Обоснование внедрения в клиническую практику новой модификации радикального хирургического лечения геморроя.
3. Преимущество оригинальной модификации над геморроидэктомией по Миллигану - Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ.

Реализация результатов исследования:

Результаты проведенных исследований по разработанной нами модификации радикального хирургического лечения геморроя внедрены в практику в отделении проктологии Национального госпиталя Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики (НГ МЗ КР), что подтверждено актом о внедрении.

Основные положения диссертационной работы включены в программу по подготовке клинических ординаторов- хирургов и студентов на кафедре общей хирургии и анестезиологии Кыргызской Государственной медицинской академии (КГМА) и кафедре хирургических дисциплин Кыргызско - Российского Славянского Университета (КРСУ).

Публикации:

По теме диссертации опубликовано 8 научных работ, в том числе одна методическая рекомендация.

Получен предварительный патент на изобретение Кыргызской Республики (КР) № 535 за 2002 год.

Апробация работы:

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены: на 5 международном конгрессе евразийского общества гастроэнтерологов (Бишкек, 2001); совместном заседании кафедр общей хирургии и анестезиологии КГМА и хирургических дисциплин КРСУ (Бишкек, 2002.), сотрудников клиники им. И.К. Ахунбаева Национального госпиталя при Минздраве Кыргызской республики; на заседании экспертной комиссии диссертационного совета Д 730.001.03 в КРСУ по предварительному рассмотрению диссертаций по специальности 14.00.27-хирургия и 14.00.44-сердечно-сосудистая хирургия (Бишкек, 2002).

Объем и структура диссертации:

Диссертационная работа изложена на 109 страницах компьютерного набора на русском языке. Работа состоит из введения, главы обзора литературы, пяти глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы.

Диссертация иллюстрирована 12 таблицами и 9 рисунками.

Библиография включает 218 источников, из которых 99 русскоязычных и 119 из дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**Материал и методы исследования.**

Общая характеристика больных. Нами, в отделении проктологии Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской республики за период 2000 и 2002 годов был обследован и прооперирован 651 больной, страдающих различными формами геморроя, причем некоторые из них сочетались с другими заболеваниями заднего прохода. Проведен сравнительный анализ эффективности различных методов оперативного лечения. С этой целью больные были разделены на две клинические группы.

Первая – основная группа состояла из 288 (44,3%) больных оперированных по нашей, оригинальной методике.

Во вторую - контрольную группу вошли 363 (55,7%) больных, оперированных по традиционной методике (геморроидэктомия по Миллигану - Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ).

В связи с тем, что контрольная и основная группы больных геморроем идентичны, мы не стали разделять их по клинической характеристике.

Мужчин было 427(66%), а женщин 224(34%). Больные были в возрасте от 16 до 79 лет. Основная их масса была молодого, трудоспособного возраста. Средний возраст составил $40,19 \pm 1,16$ лет.

Заболевание протекало у больных различными формами геморроя от нескольких дней до 30 лет. Причем средняя продолжительность болезни составила $8,9 \pm 0,9$ лет.

Основную массу 381 (58,5%) составляли больные хронической формой геморроя, второе ранговое место занимали пациенты с тромбированным геморроем- 217 (33,3%), на третьем с обильными геморроидальными кровотечениями, приведшими к анемии – 53 (8,2%), в дальнейшем, эту группу больных, мы будем называть «кровоточащий геморрой»

Больным с хронической формой геморроя операция выполнялась на 3- 4 стадиях заболевания, при тромбозе - 2-3-4 степенях тяжести

Была проанализирована зависимость развития различных форм геморроя от пола и возраста больных, объединив рассматриваемые группы.

Из оперированных в клинике больных хронический геморрой 245 (64,3%) как и тромбоз геморроидальных узлов- 137 (63,1%) и обильные кровотечения приводящие к анемии- 45 (84,9%) , чаще встречались у мужчин преимущественно в возрасте от 31 до 50 лет.

Нередко, при обследовании и подготовке к операции больных геморроем у 144 (21,1%) выявлена сопутствующая патология заднепроходного канала и прямой кишки. Причем наиболее часто, геморрой сочетался с анальной трещиной – 101 (15,5%), у 23 (3,5%) были обнаружены

различные аноректальные свищи, анальные полипы – обнаружены у 20 (3%).

Методы исследования.

При обследовании пациентов, готовящихся к геморроидэктомии были использованы помимо общеклинических исследований, ряд специальных методик.

Обследование мы начинали с тщательного выяснения жалоб, сбора анамнеза и осмотра пациента. Особое внимание уделяли тем признакам и симптомам, которые были описаны выше. Общеклиническое обследование имеет важное значение для установления состояния пациента в плане возможности проведения операции, служит основой для выбора и проведения специальных исследований, постановки диагноза.

Первым в ряду специальных исследований мы осуществляли осмотр перианальной области в коленно - локтевом положении пациента. В обязательном порядке проводилась ректороманоскопия, кроме больных с тромбированным геморроем (в связи с интенсивностью боли в заднем проходе), всего это исследование выполнено у 434 больных, а так же с целью изучения состояния анального жома при разных клинических формах геморроя проводилась анальная сфинктерометрия по А.М. Аминева (1971), оливкой 2,5 см в диаметре (исследовалось тоническое напряжение сфинктера в покое) у 162 больных, причем у 5 из них, хроническому геморрою сопутствовала анальная трещина.

Для выявления картины свертывающей системы крови при различных формах геморроя, у 47 больных был исследован протромбиновый индекс, количество тромбоцитов и время свертываемости крови по Моравицу.

В ближайшем послеоперационном периоде, с целью выяснения интенсивности местного воспалительного процесса в области послеоперационных ран, у 96 больных в обеих клинических группах проводилась локальная ректальная термометрия стандартным термометром на 3, 7 и 10 сутки.

Всем больным проводилось гистологическое исследование иссеченных геморроидальных узлов.

У части больных острым тромбозом, пальцевое ректальное исследование и сфинктерометрия стали возможными лишь после некоторого стихания острого процесса под действием антикоагуляционной и противовоспалительной терапии.

Результаты и их обсуждение.

Созданные алгоритмы диагностики и дифференциальной диагностики способствуют улучшению раннего выявления геморроя (рис. 1,2)

Изучены непосредственные и отдаленные результаты лечения геморроя разными хирургическими методами.

Основными критериями эффективности хирургического лечения больных геморроем являются сроки заживления раны, частота различных осложнений как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периодах.



На рис.1 представлен алгоритм диагностики геморроя.

Диагностика геморроя основывается на характерных жалобах больного, анамнезе, клиническом течении заболевания, данных проктологического обследования (рис. 1).

На рисунке 2 представлен алгоритм дифференциальной диагностики геморроя.



Рис.2

Поиск новых методик хирургического лечения привел нас к разработке оригинальной модификации операции Миллигана – Моргана (предварительный патент КР № 535 за 2002 г.), ее описание приведено ниже:

После дивульсии анального сфинктера ректальным зеркалом, внутренние геморроидальные узлы на 3-7-11 часах по циферблату берутся за верхушку зажимом Люэра. При подтягивании кнаружи геморроидального узла четко вырисовывается его ножка, которая прошивается кетгутотом №4, узел отсекается как в классическом варианте. Наружный узел иссекается единым блоком с внутренним. Образовавшаяся рана ушивается узловыми кетгутотомными швами №3, захватываются края слизистой оболочки и дно раны. Культя ножки геморроидального узла оставляется длиной не менее 0.5 см.

Затем на культю накладывается дополнительный кетгутотомный шов по типу «восьмерки». Этой же нитью прошивается кожа перианальной области. Во время затягивания нити, культя сосудистой ножки геморроидального узла подтягивается и подшивается кнаружи. При этом образуется слизистая складка, прикрывающая собой послеоперационную рану. Аналогично иссекаются оставшиеся два геморроидальных узла. Культя погружается в наружный шов.

Таким образом, предложенный способ радикальной геморроидэктомии, за счет выведения и подшивания культи ножек геморроидальных узлов к коже перианальной области, резко снижает возможность развития кровотечения в послеоперационном периоде. В случае развития кровотечения позволяет провести его раннее выявление т.к. кровь поступает не в ампулу прямой кишки, а наружу.

При сравнительной оценке непосредственных результатов лечения 651 больного геморроем, разделенных на две группы в зависимости от характера оперативного вмешательства, нами были использованы такие критерии, как выраженность и длительность местного болевого синдрома, кровотечения различной выраженности, данные ректальной термометрии, развитие стриктур и трещин, рубцовых деформаций анального канала, сроки пребывания в стационаре, рецидив заболевания.

Было отмечено, что у больных перенесших геморроидэктомию по традиционной методике (операция Миллигана - Моргана во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ), в ближайшем послеоперационном периоде было больше осложнений по сравнению с примененной нами модифицированной геморроидэктомией..

Послеоперационная реабилитация больных основной группы в стационаре была существенно короче (в основной $14,3 \pm 1,2$, в контрольной $15,95 \pm 1,09$ койко- дней; $P < 0,05$), что говорит о более благоприятном течении раневого процесса вследствие прикрытия послеоперационной раны слизистой складкой. Это создает препятствие для воздействия кишечной микрофлоры влияющей на заживление раны.

Преимущества разницы среднего пребывания дней в стационаре на первый взгляд не очень велики но, учитывая сегодняшние экономические реалии и количество больных оперирующихся по поводу геморроя, эта цифра становится достаточно значимой. Сокращение стационарного лечения даже на один день, без какого либо ущерба для здоровья оперированных больных дает немалую экономию средств.

Был менее выражен болевой синдром, особенно во время дефекации (в контрольной группе у 124 (34,2%), в основной у 82 (28,5%), что так же объясняется меньшей выраженностью послеоперационного местного воспалительного процесса. Этот факт подтвержден данными термометрии анального канала на 3, 7 и 10 сутки после операции, которая проведена у 40 пациентов основной группы и у 56 контрольной, с различными формами геморроя (ранжирование по формам заболевания идентично в обеих группах). Было прослежено, что средние показатели локальной термометрии на 3, 7 и 10 сутки после операции в основной группе были заметно выше чем в контрольной (табл. 1).

Как яркий пример большей инфицированности ран после операции по традиционной методике - развитие парапроктита в ближайшем послеоперационном периоде у одного больного (0,27%).

Меньшая степень выраженности болевого синдрома после применения новой модификации объясняется еще и отсутствием в анальном канале культи ножки геморроидального узла, более низкой травмируемостью (вследствие прикрытия) свежих послеоперационных ран во время прохождения каловых масс.

Таблица 1

Средние показатели ректальной термометрии у больных в основной и контрольной группах.

Сутки	Группы больных	
	Контрольная n = 56	Основная n = 40
3	37,1± 0,1	37,2± 0,1
7	37,8± 0,3	37,4± 0,2
10	37,5± 0,2	37,1± 0,1

Сравнение показателей развития массивного кровотечения, которое в раннем послеоперационном периоде является наиболее грозным осложнением опять же, свидетельствует в пользу новой методики: у 8 пациентов контрольной группы (2,2%) и, у одного в основной (0,35%).

Очень важно и то, что в контрольной группе, вследствие оставления культи сосудистых ножек геморроидальных узлов в анальном канале имел место скрытый период кровотечения – кровь в первую очередь поступала в ампулу прямой кишки и лишь затем просачивалась через повязку, при этом происходила значительная кровопотеря и анемизация больных.

Таблица 2

Сравнительная оценка осложнений в ближайшем послеоперационном периоде в исследуемых группах.

Осложнения.	контрольная группа n=363		основная группа n=288	
	Абс.	%	Абс.	%
Кровотечение	8,0	2,2	1,0	0,35
Парапроктит	1,0	0,27	-	-
Выраженный болевой синдром	124,0	34,2	82,0	28,5
Выделение крови после первой перевязки	124,0	34,2	14,0	4,9
Затруднения при дефекации	36,0	9,9	23,0	8%
Стриктура анального канала	22,0	6	10,0	3,5

В основной группе, культи ножки геморроидального узла выводится наружу и дополнительно прошивается. Преимущество этой манипуляции очевидно: во первых - весьма низкий процент развития кровотечения в послеоперационном периоде и, что не менее важно- его раннее выявление (скрытый период кровотечения отсутствует).

Выделения крови после первой перевязки в основной группе наблюдались у 14 больных (4,9%), в контрольной группе эти показатели также выше 89 (24,5%). Причина этой разницы- отсутствие раны в анальном канале.

Затруднения при дефекациях в ближайшем послеоперационном периоде в основной группе испытывали 23 больных (8%), а в контрольной - 36 (10,1%), что, по-видимому связано с интенсивностью местного воспалительного процесса во время заживления раны (данные приведены выше).

Та же тенденция прослеживается и при выявлении стриктур анального канала: в контрольной группе- 22 (6%), в основной – стриктур канала как таковых не наблюдалось, однако в 10 (3,5%) случаях имелась стриктура наружного кольца анального канала, протяженностью не более 0,5 см (табл. 2).

Таблица 3

Сравнительная оценка отдаленных результатов хирургического лечения геморроя в основной и контрольной группах.

Осложнения	Контрольная группа n=231		Основная группа n=192	
	Абс.	%	Абс.	%
Боль при дефекации	9,0	3,9	4,0	2
Стриктура анального канала	6,0	2,6	3,0	1,5
Анальные трещины	4,0	1,7	2,0	1
Незначительные кровотечения	8,0	3,4	3,0	1,5

Изучив отдаленные результаты у 192 больных (66,6%) основной группы и 231 (63,6%) контрольной, в сроки от 2,5 лет до полугода, мы получили данные за преимущество новой методики (табл. 3).

Так, боли при дефекации отмечали 9 (3,9%) пациентов контрольной группы и 4 (2%) основной, что по-видимому было связано с наличием менее грубых рубцов, имеющих меньшую продолжительность у больных основной группы.

Те же причины были и в разнице развития стриктур анального канала в контрольной группе 9 (2,6%) и в основной – стриктур наружного кольца анального канала у 3 (1,5%).

Как осложнение после геморроидэктомии, анальные трещины в основной группе были диагностированы у 2 (1%) и в контрольной 4 (1,7%). Причина разницы – больший процент стриктур анального канала в контрольной группе. На незначительные кровотечения после дефекации в основной группе жаловались 3 (1,5%) пациентов, в контрольной 8 (3,5%).

Оценку результатов оперативного лечения геморроя в обеих клинических группах, мы разделили на несколько критериев:

"отличные" результаты - нет осложнений и рецидива болезни;

"хорошие" – нет осложнений и рецидива, но имеются явления дискомфорта при дефекации в ближайшем послеоперационном периоде, после выписки из стационара;

"удовлетворительные" – есть одно из осложнений, которое в результате проведенного консервативного лечения ликвидировано;

"неудовлетворительные" – развитие осложнений требующих повторного хирургического лечения (табл. 4.).

Таблица 4

Оценка результатов хирургического лечения геморроя различными методами.

Результаты лечения	Контрольная группа n = 363		Основная группа n=288	
	Абс.	%	Абс.	%
Отличные	164	45,18	167	57,99
Хорошие	102	28,1	78	27,08
Удовлетворительные	78	21,49	37	12,85
Неудовлетворительные	19	5,23	6	2,08

Таким образом, разработанные алгоритмы диагностики и дифференциальной диагностики способствуют раннему выявлению геморроя, анализ результатов хирургического лечения геморроя у больных основной и контрольной групп свидетельствует о том, что модифицированный метод геморроидэктомии по Миллигану - Моргану обеспечивает более благоприятный послеоперационный период, сокращает сроки стационарного лечения, значительно снижает частоту различных осложнений, что имеет важное социально – экономическое значение.

Хорошие функциональные и анатомические результаты данного метода, его простота и доступность, позволяют более широко применять его для хирургического лечения больных различными формами геморроя.

ВЫВОДЫ:

1. Модифицированный нами метод геморроидэктомии по Миллигану – Моргану, путем подшивания культи сосудистой ножки геморроидального узла к коже перианальной области, позволил значительно улучшить результаты хирургического лечения геморроя.

2. Разработаны показания и противопоказания к применению данной модификации геморроидэктомии.

3. Анализ ближайших и отдаленных результатов оригинальной модификации геморроидэктомии показал преимущества разработанной нами операции, по сравнению с "традиционным" методом, в виде сокращения сроков стационарного лечения, снижения частоты осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

4. Определены оптимальные критерии диагностики и дифференциальной диагностики геморроя сочетающегося с другой патологией прямой кишки и заднепроходного канала.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Диагностика геморроя должна основываться на использовании комплексных методов.
2. Необходимо проводить дифференциальную диагностику заболеваний прямой кишки.
3. Алгоритмы диагностики и дифференциальной диагностики способствуют улучшению раннего выявления геморроя.
4. Оригинальная модификация метода Миллигана - Моргана способствует снижению процента осложнений и является методом выбора.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИССЕРТАЦИИ ИЗЛОЖЕНЫ В СЛЕДУЮЩИХ ПУБЛИКАЦИЯХ:

1. Сравнительная оценка различных методов геморроидэктомии // Медицина на стыке тысячелетий / Республ. науч.-практич. конф. медиков. – Бишкек, 2000.- С. 114-120 (соавт. Бебезов Х.С., Мадаминов А.М.).
2. Клинические формы геморроя // Матер. 5 международного конгресса евразийского общества гастроэнтерологов. –Бишкек, 2001.-С. 83-86 (соавт. Бебезов Х.С., Мадаминов А.М.).
3. Геморрой у беременных и родильниц // Матер. 5 международного конгресса евразийского общества гастроэнтерологов. –Бишкек, 2001.-С. 87-90 (соавт. Бебезов Х.С., Мадаминов А.М.)
4. К вопросу о хирургическом лечении геморроя // Сб. науч. трудов КГМА. –Бишкек, 2001. -С. 138-142.
5. Дифференциальная диагностика геморроя // Сб. науч. статей КГМА. Т.2.- Бишкек, 2002. –С.143-147 (соавт. Бебезов Х.С., Мадаминов А.М.).
6. Хирургическое лечение геморроя (Обзор) // Сб. науч. статей КГМА. Т.2.-Бишкек, 2002.-С.148-152 (соавт. Бебезов Х.С., Мадаминов А.М.).
7. Геморрой / Метод. рекомендации. –Бишкек, 2002. -16с.(соавт. Мадаминов А.М.).
8. Модифицированный метод геморроидэктомии // Сб. науч. статей КГМА, посвящ. 65 – летию проф. Б.А. Акматова- Бишкек, 2002.-С 163-167 (соавт. Чынгышпаев Ш.М.).

Изобретение.

Получен предварительный патент на изобретение КР № 535 за 2002 г.

Рафибеков Э. Д.

«Клиника, диагностика геморроя, модифицированный метод геморроидэктомии». -Дисс. ... канд. мед. наук (14. 00. 27).- Бишкек.-2002. -110 с.

В данной работе приводятся сравнительные результаты лечения 651 больного геморроем, разделенных на 2 группы в зависимости от характера оперативного вмешательства.

На основании изучения основных жалоб, симптомов и результатов исследований разработаны алгоритмы диагностики и дифференциальной диагностики геморроя, которые способствуют ранней верификации заболевания на поликлиническом этапе диагностики.

Контрольную группу составили 363 (57%) пациентов, которым была выполнена геморроидэктомия по Миллигану- Моргану во 2 модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. В основную группу вошли 288 (44,2%) оперированных по Миллигану - Моргану в оригинальной модификации предложенной автором. Особенностью рассматриваемой модификации является дополнительное прошивание кетгутом культи ножки геморроидального узла и подшивание его к перианальной области с последующим погружением культи в наружный шов.

При сравнении послеоперационных результатов в обеих группах, было показано значительное преимущество предложенной оригинальной методики операции. Так же проведен тщательный анализ диагностики и дифференциальной диагностики геморроя.

Таким образом, хорошие функциональные и анатомические результаты предложенной методики операции позволили рекомендовать её для более широкого внедрения и применения в хирургических отделениях.

При сравнении послеоперационных результатов в обеих группах, массивное кровотечение в ближайшем послеоперационном периоде открылось у 8(2,2%) в контрольной и 1(0,35%) в основной, выделение крови после 1 перевязки 89(24,5%) и 14(4,9%), выраженный болевой синдром 124(34,2%) и 82(28,5%), затруднения при дефекации- 36(9,9%) и 23(8%), стриктура анального канала-22(6%) и 10(3,5%), парапроктит у 1(0,27%) в контрольной группе. В отдаленном периоде: боли при дефекации- 9(3,9%) и 4(2%), стриктура анального канала- 6(2,6%) и 3(1,5%), незначительные кровотечения- 8(3,4%) и 3(1,5%), анальные трещины- 4(1,7%) и 2(1%) соответственно. Продолжительность стационарного лечения в контрольной группе-15,95 и 14,3 в основной.