

ТАКТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ УМЕНЬШЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В СОЧЕТАНИИ С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИЕЙ

Хитарьян А.Г.^{1,2}, Соловьев О.Л.³, Штильман М.Ю.¹, Орехов А.А.^{1,2}, Ковалев С.А.^{1,2}, Алибеков А.З.^{1,2}, Бурдаков И.Ю.¹

¹ ФГБОУ ВО «РостГМУ», кафедра хирургических болезней № 3, Ростов-на-Дону, Россия

² НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный», ХО-1, С.-К.ж.д. ОАО «РЖД» Ростов-на-Дону, Россия

³ Клиника «Движение», Волгоград, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой является наиболее частым заболеванием прямой кишки. Его распространенность составляет 118-120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес колеблется от 34 до 41%. В последнее время в малоинвазивной хирургии при лечении геморроя, благодаря разработкам Соловьева О.Л. и Саврасова Г.В. (2002), появился способ, позволяющий сочетать склерозирующее лечение геморроидальных узлов одновременно с воздействием на ткань ультразвуковой кавитацией.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов малоинвазивного лечения хронического геморроя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2007 по 2016 гг. склерозирующее лечение геморроидальных узлов в сочетании с УЗ-кавитацией выполнено у 6853 пациентов (4246 женщин и 2607 мужчин, в возрасте от 17 до 91 г. (43,2±9,1 г)). Длительность заболевания: 8±5,3 г. По стадиям заболевания пациенты распределились: I стадия – 111 (1,6%), II – 2185 (31,5%), III – 4557 (66,9%). При IV – проводилась геморроидэктомия в условиях хирургического стационара. После пальцевого ректального исследования всем пациентам производили аноскопию и ректороманоскопию. У пациентов старше 40 лет проводили дообследование – колоноскопию. При осмотре обращали внимание на состояние стенок, стараясь исключить воспалительные заболевания как внутренней поверхности анального канала: криптит, проктит, папиллит, сфинктерит, так и параректальной клетчатки: парапроктит. Для выявления скрытых форм воспаления проводили трансанальное УЗ-исследование (ТРУЗИ) трансанальным датчиком (7,5 МГц). Для выполнения УЗ склеротерапии использовали ультразвуковой хирургический комплекс, при помощи которого, после введения склерозирующего раствора в подслизистый слой прямой кишки в области геморроидального узла, производилась обработка тканей низкочастотным ультразвуком.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Проведение комплексного обследования позволило выявить сочетание геморроя с трещиной анального канала в 16%, хр. парапроктита – 1,8%, воспаление морганиевых крипт и анальных желез – 6%. Как вариант нормального течения в раннем послеоперационном периоде отмечалось незначительное кровотечение из мест вкола иглы, а также некроз слизистой оболочки кишки, купирующиеся самостоятельно. 86% пациентов осмотрены в сроки 2, 4 месяца, 1 год и через год до 6 лет. У 97% пациентов с I и II стадиями отмечено полное прекращение клинических симптомов заболевания при проведении 1 сеанса, у 4484 пациентов с III стадией переход заболевания во II и I стадию, коррекция которых достигалась в 93% случаев при проведении 2 сеанса и 6% случаев – 3 сеанса в сроки 2 и 4 месяца, соответственно. Осложнения зафиксированы у 38 (0,55%) пациентов, в частности – тромбоз или выраженный отек, сопровождающийся невправляющимся выпадением геморроидального узла – 26 (0,38%), потребовавших

проведения тромбэктомии или удаления тромбированного геморроидального узла под местной анестезией. Профилактика достигается строгим соблюдением показаний для УЗ-склеротерапии – хронический геморрой 1-3 стадии геморроя с четкими границами внутренних геморроидальных узлов; геморрой 4 стадии, осложненный анемией средне-тяжелой степени на фоне частых кровотечений, а также соблюдением этапности лечения. На этапе освоения у 2 (0,03%) пациенток отмечено формирование ректовагинального свища, с последующим заживлением при проведении консервативных мероприятий. Профилактика достигается строгим контролем за «погружением иглы» в ткань узла не более 1-1,5 см в «опасной зоне» – от 11 до 1 часов условного циферблата. У 18 (0,3%) пациентов отмечено формирование острого парапроктита, потребовавшее проведения вскрытия и дренирования гнойника, что по данным ТРУЗИ, в 11 случаях расценено как недиагностированный воспалительный процесс в параректальной клетчатке и в 4 случае – как дефект техники, связанный с травматизацией стенки кишки с последующим присоединением воспалительного процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Современная техника и исключение из групп пациентов с воспалительными заболеваниями внутренней поверхности анального канала и параректальной клетчатки позволяют улучшить результаты и избежать осложнений после ультразвуковой склеротерапии геморроидальных узлов.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Хубезов Д.А., Серебрянский П.В., Пучков Д.К., Огорельцев А.Ю., Игнатов И.С., Родимов С.В., Луканин Р.В., Юдина Е.А.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Приоритет в лечении геморроя 1-3 стадии принадлежит малоинвазивным методикам, но имеются противоречивые взгляды об эффективности малоинвазивных методик.

ЦЕЛЬ. Сравнить эффективность малоинвазивных хирургических методик лечения геморроя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2012 по 2015 гг. с использованием малоинвазивных методик было пролечено 592 пациента в возрасте от 24 до 70 лет с хроническим геморроем 1-3 стадии. Выполнены следующие оперативные вмешательства: геморроидопексия по Лонго – 22 (3,7%), лигирование латексными кольцами – 260 (44%), биполярная коагуляция аппаратом WD-2 – 97 (16,4%), склеротерапия – 55 (9,3%), DHAL-RAR – у 85 (14,4%) пациентов. У 73 (12,4%) пациентов использовалась разработанная нами методика внутриспросветного удаления внутренних геморроидальных узлов. Под местной анестезией 1-3 кратной аппликацией аппарата LigaSure или УЗ-скальпеля лигируются и удаляются внутренние геморроидальные узлы. В 40 случаях для этого использовался аппарат LigaSure Maryland и в 33 – Harmonic. В качестве критериев эффективности лечения использовались частота осложнений и рецидивов болезни и уровень болевого синдрома.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Достоверных различий в болевом синдроме в группах не выявлено. Отмечено достоверное увеличение продолжительности операции в группе пациентов, которым выполнялась DHAL-RAR 38,8±8,2 мин. ($p<0,05$). После операции Лонго получено 2 (9,1%) осложнения и 2 (9,1%) рецидива болезни в первые 2 года после операции; после латексно-