

УДК 616.147.17-007.64-089:615.831.7

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ II СТАДИИ ИНФРАКРАСНОЙ ФОТОКОАГУЛЯЦИЕЙ И ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

А.М. Мадаминов, Ы.А. Бектенов, А.Ю. Айсаяев, Р.Н. Люхуров

Приводятся результаты лечения хронического геморроя II стадии методом инфракрасной фотокоагуляции сосудистой ножки геморроидальных узлов и методом геморроидэктомии.

Ключевые слова: прямая кишка; хронический геморрой; инфракрасная; фотокоагуляция; геморроидэктомия; геморроидальные узлы.

TREATMENTS OF THE CHRONIC HEMORRHOIDS OF II STAGES BY THE INFRARED PHOTOCOAGULATION AND SURGICAL METHOD

А.М. Madaminov, Y.A. Bektenov, A.Yu. Aysaev, R.N. Lyukhurov

Treatment results of chronic hemorrhoids of the II stage are given by both a method of an infrared photocoagulation of a vascular pedicle of hemorrhoids and a hemorrhoidectomy method.

Key words: rectum; chronic hemorrhoids; infrared; photocoagulation; hemorrhoidectomy; hemorrhoids.

Актуальность. В настоящее время хронический геморрой является одним из самых распространенных заболеваний у пациентов проктологического профиля. В амбулаторной практике до 41 % проктологических больных составляют больные с хроническим геморроем. Его распространенность составляет 118–120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес среди заболеваний, встречающихся в колопроктологической практике, составляет от 34 до 41 % [1–3].

Методы хирургического лечения хронического геморроя претерпели значительную эволюцию – было предложено множество различных методик. Наиболее широкое распространение получил метод геморроидэктомии по Миллигану – Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. Несмотря на свою эффективность, данный метод не лишен определенных недостатков: в послеоперационном периоде наличие культи в анальном канале нередко приводит к развитию кровотечений, выраженного болевого синдрома, инфицированию раны и развитию острого парапроктита, а также длительная послеоперационная реабилитация пациентов [4–6].

Неудовлетворенность результатами различных способов хирургического лечения, особенно

при I–II стадиях хронического геморроя, а также развитие научно-технического процесса привели к внедрению в клиническую практику малоинвазивных технологий, в том числе методики инфракрасной фотокоагуляции (ИФК) [7–9].

Таким образом, в настоящее время остаются весьма актуальными вопросы, касающиеся разработки и внедрения различных методов хирургического лечения, в том числе малоинвазивных технологий.

Цель исследования – в сравнительном аспекте определить эффективность лечения хронического геморроя II стадии методом инфракрасной фотокоагуляции сосудистой ножки геморроидальных узлов и методом геморроидэктомии по Миллигану – Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ.

Задачи исследования:

1. Изучить результаты лечения хронического геморроя II стадии методом инфракрасной фотокоагуляции сосудистой ножки геморроидальных узлов.

2. Дать сравнительную оценку результатам лечения больных хроническим геморроем II стадии в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах методом инфракрасной фотокоагуляции сосудистой ножки геморроидальных узлов и методом геморроидэктомии.

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты обследования и лечения 240 больных с хроническим геморроем за 2013 г. Больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 120 (50,0 %) больных с хроническим геморроем, которым было проведено лечение с использованием метода инфракрасной фотокоагуляции (ИКФ) сосудистой ножки геморроидальных узлов. Инфракрасная фотокоагуляция проводилась в амбулаторных условиях при помощи аппарата “LUMATEC” (Германия).

Контрольную группу составили 120 (50,0 %) больных с хроническим геморроем, которые находились на стационарном лечении в отделении проктологии Национального госпиталя при МЗ КР. Им была произведена геморроидэктомия по методу Миллигана – Моргана во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ.

В основной группе из 120 больных мужчин было 70 (58,3 %), женщин – 50 (41,7 %), в контрольной группе из 120 больных мужчин было 71 (59,2 %), женщин – 49 (40,8 %). Как в основной, так и в контрольной группе мужчин было несколько больше, чем женщин.

При первичном обращении и при необходимости в динамике проводили общеклиническое обследование по общепринятой методике. Объем общеклинических, лабораторных и инструментальных исследований у амбулаторных пациентов определялся по показаниям, а у стационарных пациентов – проводился в обязательном порядке в полном объеме.

У 60 (50,0 %) больных основной группы нами проведена ультразвуковая доплерография (УЗДГ) дистальных ветвей верхней прямокишечной артерии. УЗДГ проводили до ИФК. УЗДГ выполняли на аппарате Сономед-300 “Спектрмед” (Россия). Проводимая до операции УЗДГ позволяла зафиксировать характеристику кровотока в геморроидальных сосудах и их количество. В работе для проводимого исследования использовали датчик с частотой волны В + (-) 0,8 МГц и глубиной проникновения от 4 до 30 мм.

Результаты лечения и их обсуждение. В основной группе у всех 120 больных при лечении хронического геморроя одновременно выполняли ИФК сосудистой ножки от 1 до 3 геморроидальных узлов. Из 120 больных у 72 (60,0 %) курс полного лечения потребовал 1–3 сеансов ИФК на каждый узел с промежутками в среднем 7 дней. У 48 (40,0 %) пациентов возникла необходимость в проведении дополнительно еще по 1–2 сеанса ИФК.

В ближайшем после ИФК периоде в течение первых 5–6 часов у 51 (42,5 %) пациента было отмечено чувство дискомфорта в анальной области.

Болевой синдром малой интенсивности беспокоил только 5 (4,2 %) пациентов.

Также у 3 (2,5 %) пациентов в первые сутки после ИФК сосудистой ножки геморроидальных узлов развился некроз слизистой оболочки прямой кишки и довольно интенсивное кровотечение из области некроза слизистой, что потребовало повторной фотокоагуляции и назначения противовоспалительных линиментов (левасин, левомеколь).

Тромбоз внутренних геморроидальных узлов развился на 2-е сутки после ИФК сосудистой ножки геморроидальных узлов у 2 (1,7 %) пациентов. Данное осложнение было купировано консервативными мероприятиями.

Всего в ближайшем периоде после ИФК сосудистой ножки геморроидальных узлов осложнения были отмечены у 5 (4,2 %) больных.

После использования методики ИФК пациенты практически не нуждаются в проведении амбулаторного долечивания. Пациенты в течение 1–2 дней, в среднем через $1,5 \pm 0,5$ дня, полностью восстанавливаются после ИФК с минимальными сроками временной потери трудоспособности в связи с лечением, которое составляет от 1 до 7 дней, в среднем $3,5 \pm 1,0$ дня.

Отдаленные результаты лечения ИФК сосудистой ножки геморроидальных узлов нами прослежены у 80 (66,7 %) больных в сроки до 1 года.

Хорошие результаты после лечения методом ИФК сосудистой ножки геморроидальных узлов мы получили у 74 (92,5 %) пациентов. У данных пациентов после ИФК прекращались кровотечения и более не выпадали геморроидальные узлы, т. е. наступило полное клиническое выздоровление, не было рецидива заболевания.

Удовлетворительные результаты после лечения методом ИФК сосудистой ножки геморроидальных узлов были отмечены у 4 (5,0 %) пациентов. У данных пациентов удалось ликвидировать выпадение геморроидальных узлов, но изредка отмечались незначительные кровотечения из анального канала при акте дефекации, однако рецидивов заболевания не было.

Неудовлетворительные результаты после лечения методом ИФК сосудистой ножки геморроидальных узлов отмечены у 2 (2,5 %) пациентов. У них, несмотря на проведенное лечение, сохранялись кровотечения, выпадение геморроидальных узлов.

При изучении результатов хирургического лечения больных контрольной группы показал что, в раннем послеоперационном периоде у 86 из них (71,7 %) боль была сильной интенсивности.

При этом у 76 (63,3 %) пациентов болевые ощущения продолжались около 1 часа, частота ее появле-

ния составляла более 10 раз в день. Из них в большинстве случаев у 55 (72,4 %) больных боли купировались ненаркотическими анальгетиками, а у 21 (27,6 %) пациента для купирования болей требовалось назначение наркотических анальгетиков.

Через 7 дней после операции у 52 (43,3 %) пациентов сохранялись интенсивные тупые, ноющие боли. При этом более 1 часа боль регистрировалась у 34 (65,4 %) пациентов, у 18 (34,6 %) пациентов до 4 раз в день возникали боли средней интенсивности. Боли купировались ненаркотическими анальгетиками.

У 12 (10,0 %) пациентов в раннем послеоперационном периоде открылось кровотечение из культи сосудистой ножки геморроидального узла, которое потребовало повторного оперативного вмешательства.

В ближайшем послеоперационном периоде стриктура анального канала наблюдалась у 8 (6,7 %) больных, что потребовало проведения пальцевого бужирования анального канала от 2 до 4 раз.

Как яркий пример большей инфицированности ран после геморроидэктомии является развитие острого парапроктита в ближайшем послеоперационном периоде у 2 (1,7 %) больных, что потребовало повторной операции.

Всего осложнения в ближайшем послеоперационном периоде в контрольной группе после геморроидэктомии были отмечены у 22 (18,3 %) больных.

Отдаленные результаты геморроидэктомии нами прослежены у 70 (58,3 %) больных в сроки от 6 месяцев до 1 года.

Хорошие результаты лечения мы получили у 56 (80,0 %) пациентов. У данных пациентов наступило полное клиническое выздоровление, не было развития послеоперационных осложнений и рецидива заболевания.

Удовлетворительные результаты отмечены у 13 (18,6 %) пациентов. У данных пациентов рецидивов заболевания не было, но имелись следующие послеоперационные осложнения: анальная трещина – у 8 (11,4 %) пациентов, стриктура анального канала – у 5 (7,1 %), небольшие кровотечения из анального канала при дефекации – у 3 (4,3 %) пациентов.

Неудовлетворительные результаты отмечены у 1 (1,4 %) пациента, у которого через 1 год развился рецидив заболевания.

Сравнительный анализ результатов лечения больных хронического геморроя II стадии в основной и контрольной группах в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки показал, что в основной группе при использовании метода ИФК сосудистой ножки геморроидальных узлов количество осложнений было достоверно ($P < 0,01$) значительно меньше по сравнению с количеством осложнений в контрольной группе при

использовании метода геморроидэктомии по Миллигану – Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ.

Выводы

1. Метод инфракрасной фотокоагуляции сосудистой ножки геморроидальных узлов при лечении хронического геморроя II стадии обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода, отсутствие болевого синдрома, не требует стационарного лечения и обезболивания, может производиться в амбулаторных условиях.

2. Количество осложнений в ближайшем периоде при лечении хронического геморроя II стадии методом инфракрасной фотокоагуляции сосудистой ножки геморроидальных узлов по сравнению с методом геморроидэктомии значительно меньше.

3. В отдаленном периоде при лечении хронического геморроя II стадии методом инфракрасной фотокоагуляции сосудистой ножки геморроидальных узлов по сравнению с методом геморроидэктомии количество хороших результатов больше, удовлетворительных результатов меньше, неудовлетворительных результатов (рецидивов заболевания) – больше, но данный показатель достоверной разницы не имеет.

Литература

1. Воробьев Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. М.: Изд-во ООО “Митра-Пресс”, 2002. 192 с.
2. Воробьев Г.И. Выбор метода лечения геморроя / Г.И. Воробьев, Л.А. Благодарный // Хирургия. 1999. № 8. С. 50–55.
3. Генри М. Колопроктология и тазовое дно / М. Генри, М. Свош. М.: Медицина, 1988. 459 с.
4. Курбонов К.М. Ошибки и осложнения в лечении геморроя / К.М. Курбонов, Д.К. Мухаббатов, Н.Н. Даминова // Хирургия. 2001. № 3. С. 43–45.
5. Ривкин В.Л. Геморрой. Запоры / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер. М.: Медпрактика, 2000. 158 с.
6. Фёдоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология / В.Д. Фёдоров, Г.И. Воробьев, В.Л. Ривкин. М., 1994. 432 с.
7. Воробьев Г.И. Медикаментозные и малоинвазивные методы лечения геморроя / Г.И. Воробьев, Л.А. Благодарный, Ю.А. Шельгин // МРЖ. 2001. Т.9, № 13–14. С. 551–555.
8. Применение инфракрасного коагулятора в лечении геморроя / В.М. Енин, М. Нейфили, А.В. Китнев и др. // Военно-медицинский журнал. 2000. № 1. С. 70–75.
9. Русинович В.М. Использование инфракрасного излучения при лечении геморроя / В.М. Русинович, В.И. Черенок, А.Л. Бородинец // Проблемы колопроктологии. М., 1998. Вып. 16. С. 93–95.