

Заключение

Таким образом, отработка техники выполнения обширных резекций печени с накоплением опыта резекционных вмешательств на печени позволяет осуществлять объемные операции на печени в анатомическом варианте без пережатия сосудистых элементов ворот печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Готье С.В., Цирульникова О.М., Филлин А.В., Камалов Ю.Р., Семенов Д.Ю. Радикальные резекции при обширных очаговых поражениях печени // Вестник Российской академии медицинских наук. — 1997. — № 9. — С. 8-13.
2. Taniguchi H., Takahashi T. Analysis of 210 Elective Hepatic resection // Hepato-Gastroenterology. — 1997. — Vol. 44. — P. 1624-1631.
3. Альперович Б.И., Журавлев В.А. Дискуссия о методах резекции печени // Анн. хир. геп. — 2005. — Т. 10, № 1. — С. 18-26.
4. Дарвин В.В., Лысак М.М., Краснов Е.А. Новые технологии в хирургии очаговых заболеваний печени // Матер. науч. конф. «Новые технологии в диагностике, интервенционной радиологии и хирургии печени и поджелудочной железы». — Санкт-Петербург, 2005. — С. 82.
5. Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Назаренко Н.А., Икрамов Р.З., Коков Л.С. Пути улучшения ближайших результатов обширных

Типичное выполнение обширных резекций воротным способом и без пережатия связки при условии имеющегося опыта резекции печени может гарантировать снижение интраоперационной кровопотери. Данные операции должны протекать в операционной с наличием современного технического оснащения и гемостатических средств.

резекций печени // Матер. науч. конф. «Новые технологии в диагностике, интервенционной радиологии и хирургии печени и поджелудочной железы». — Санкт-Петербург, 2005. — С. 74.

6. Clavien P.A., Selzner M., Rudiger H.A., Graf R., Kadry Z., Rousson V., Jochum W. A prospective randomized study in 100 consecutive patients undergoing major liver resection with versus without ischemic preconditioning // Ann Surg. — 2003. — Vol. 238. — P. 843-850; discussion 851-852.

7. Скипенко О.Г., Завенян З.С., Багмет Н.Н. и др. Резекция печени: ближайшие результаты 132 операций // Анн. хир. геп. — 2006. — Т. 11, № 4. — С. 28-37.

8. Man K., Fan S.T., Ng I.O., Lo C.M., Liu C.L., Wong J. Prospective evaluation of Pringle maneuver in hepatectomy for liver tumors by a randomized study // Ann Surg. — 1997. — Vol. 226. — P. 704-711; discussion 711-713.

УДК 616.147.17-007.64-036.12-08

К вопросу об оценке эффективности методов лечения хронического геморроя

О.Ю. КАРПУХИН

Казанский государственный медицинский университет
Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань
Клиника Doctor Group, г. Казань
Профессорская клиника КГМУ

Карпухин Олег Юрьевич

доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии № 1
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, тел. 8-905-3-12-92-90
e-mail: oleg_karpukhin@mail.ru

Проведена сравнительная оценка геморроидэктомии и латексного лигирования в лечении пациентов с геморроидальной болезнью. В первую группу вошли 106 больных с геморроем II-IV стадии, которым в стационаре выполнена закрытая геморроидэктомия по Миллигану -- Моргану. Во вторую — 112 пациентов с геморроем II-III стадии, которым в амбулаторных условиях выполняли латексное лигирование. Показаны преимущества и недостатки двух доминирующих в России методов лечения хронического геморроя. Раннее обращение больных за медицинской помощью, широкое внедрение малоинвазивных вмешательств в амбулаторную и клиническую практику, выбор метода лечения с учетом стадии заболевания позволяют изменить соотношение между геморроидэктомией и малоинвазивными вмешательствами в пользу последних.

Ключевые слова: хронический геморрой, латексное лигирование геморроидальных узлов, геморроидэктомия.

To the question of the assessment of effectiveness of treatment methods of chronic hemorrhoids

O.YU. KARPUKHIN

Kazan State Medical University
Republican Clinical Hospital of MH of RT
Clinic «Doctor Group», Kazan
Professorial clinic KSMU

A comparative analysis of hemorrhoidectomy and rubber band ligation for treatment of patients with haemorrhoidal disease was performed. First group of 106 patients with II-IV degree hemorrhoids was treated in hospital with Milligan – Morgan closed hemorrhoidectomy technique. Second group of 112 patients with II-III degree hemorrhoids was treated with rubber band ligation under out-patient conditions. Advantages and disadvantages of these two most commonly used in Russia methods of chronic hemorrhoid treatment are shown. Early patient's requests for medical care, a wide introduction of low-invasive intervention in out-patient and clinical practices, a choice of treatment technique based on stage of a disease would allow to change a ratio between hemorrhoidectomy and low-invasive intervention in favor of the latter method.

Key words: chronic hemorrhoids, rubber band ligation of hemorrhoidal cushions, hemorrhoidectomy.

Геморрой по-прежнему остается одним из самых распространенных заболеваний человека. Во многих странах продолжается поиск новых или совершенствование уже имеющихся методов лечения геморроидальной болезни. Парадигма лечения геморроидальной болезни на протяжении трудовой деятельности всего лишь одного поколения хирургов претерпела существенное изменение. В связи с развитием современных высоких технологий, созданием новых лекарственных препаратов, медицинского оборудования и инструментария все большее распространение получают малоинвазивные методы лечения хронического геморроя, применяемые, в основном, амбулаторных условиях. К ним относят склеротерапию, инфракрасную термокоагуляцию, лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, прошивание геморроидальных сосудов под контролем ультразвуковой доплерометрии, электрокоагуляцию, криодеструкцию. Операция геморроидэктомия становится все менее востребованной, так как, если вмешательство показано, значительное количество пациентов может быть излечено с использованием безболезненных малоинвазивных хирургических методик в амбулаторных условиях. Лишь в тех случаях, когда имеет место сочетание выраженного наружного и внутреннего геморроя, при пролапсе больших внутренних узлов, требующих мануального вправления, при неэффективности комплексного консервативного лечения или сочетании геморроя с другой аноректальной патологией (свищем, трещиной, большим гипертрофированным анальным сосочком) прибегают к геморроидэктомии — закрытой, открытой и подслизистой, отдавая предпочтение различным авторским методикам: Ferguson, Fansler, Milligan и Morgan, Parks, Whitehead или современным их модификациям.

Среди российских колопроктологов, работающих в стационарах, бытует мнение, что все современные малоинвазивные методы лечения геморроя малоэффективны. Амбулаторные же хирурги, в большинстве своем представители частной медицины, имеющие опыт малоинвазивных вмешательств при геморрое, как правило, становятся их стойкими приверженцами, полностью отказываясь от «классического» иссечения геморроидальных узлов. Мнение же обывателей: любой вид лечения геморроя — это чрезвычайно болезненная процедура, притом с высокой вероятностью рецидива.

Не вносит ясность мировая и российская статистика, отражающая доминирующие подходы к лечению геморроидальной болезни на современном этапе. Примечательно, что по данным Н. Abcarian, J. Alexander-Williams, количество геморроидэктомий, выполняемых колопроктологами США, Великобритании, Австралии, сократилось за последние десятилетия в 3,5-4 раза. Так, если до середины 80-х годов по

их данным геморроидэктомия выполнялась у 70-85% больных, поступивших в стационары, то к середине 90-х годов типичная геморроидэктомия выполнялась лишь у 17-21% пациентов [1]. Таким образом, лечение большинства больных геморроем в США и странах Европы основывается в настоящее время на применении малоинвазивных методов [2-4]. В то же время в России наиболее распространенным способом лечения геморроя остается геморроидэктомия, а малоинвазивные вмешательства, из которых наиболее доступным и популярным является латексное лигирование [5], применяются лишь у 3% пациентов [6]. В результате как перед пациентом, так и перед врачом возникает вопрос: какой метод лучше — латексное лигирование или геморроидэктомия?

Чтобы разобраться в этом деликатном вопросе, необходим опыт как стационарной, «классической» хирургии геморроя, так и амбулаторных малоинвазивных вмешательств при данной патологии.

Цель работы: сравнительная оценка латексного лигирования и геморроидэктомии в лечении пациентов с геморроем.

Материалы и методы исследования

Проведен сравнительный анализ опыта стационарного и амбулаторного лечения пациентов с различными стадиями геморроидальной болезни. Первую группу составили 106 пациентов с хроническим геморроем, находившихся на лечении в отделении колопроктологии РКБ МЗ РТ в 2011г. Из них мужчин — 62 (58,5%), женщин — 44 (41,5%). Средний возраст пациентов составил 44,6±6,8 года. Пациенты страдали геморроем II-IV стадии по классификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. В группу не вошли пациенты, у которых геморрой сочетался с другой патологией прямой кишки — анальной трещиной, хроническим парапроктитом. У всех пациентов была выполнена закрытая геморроидэктомия по Миллигану – Моргану в модификации НИИ проктологии № 2 под эпидурально-сакральной анестезией. Во вторую группу больных вошли 112 пациентов, которым было выполнено латексное лигирование в негосударственной клинике Doctor group и «Профессорской клинике КГМУ» за период с 2006 по 2013 г. Из них женщин — 58 (51,8%), мужчин — 54 (48,2%). Средний возраст пациентов составил 36,6±7,2 года. При этом геморрой II стадии был у 67 (59,8%), III — у 45 (40,2%). Латексное лигирование проводилось с помощью вакуумного лигатора фирмы Karl Storz (Германия).

Результаты исследования

Продолжительность «классической» закрытой геморроидэктомии составила 32,5±7,4 минуты. Объем кровопотери — в среднем 30-60 мл. Ненаркотические анальгетики в послеоперационном периоде использовали на протяжении 5,8±1,0 суток. Периодические боли разной степени

интенсивности сохранялись у 70% больных до выписки (интенсивность уменьшалась в среднем на $9,6 \pm 1,2$ суток). Незначительное выделение крови из анального канала в послеоперационном периоде отмечено у 37% больных. В двух наблюдениях на 3-и и 5-е сутки развилось массивное кровотечение из культи узла, что потребовало повторного ее прошивания и перевязки. У 16% пациентов после операции развилась рефлекторная задержка мочи. Период временной нетрудоспособности после выписки из стационара составил от 14 до 21 дня.

Преимуществом геморроидэктомии являются:

1. Геморроидэктомия эффективна при II-IV стадиях внутреннего геморроя.

2. При сочетании наружного и внутреннего геморроя вмешательство выполняется в один этап.

3. Возможно сочетанное выполнение геморроидэктомии и других операций при сопутствующей патологии — анальной трещине, аноректальной фистуле.

Недостатками геморроидэктомии являются:

1. Выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде.

2. Продолжительность пребывания в стационаре от 7 до 10 дней, нахождение на больничном листе — 3-4 недели.

3. Высокая вероятность возникновения ранних послеоперационных осложнений.

В ходе латексного лигирования после вакуумного втяжения гипертрофированного внутреннего узла в полость головки лигатора на его основание выше зубчатой линии синхронно набрасывались 2 латексных кольца. Сеанс лечения предусматривал выполнение латексного лигирования не более 2 узлов (с наибольшей гипертрофией и мобильностью кавернозной ткани) за один прием, что является надежной профилактикой раннего их отторжения с развитием обильного кровотечения и профилактикой болевого синдрома в послеоперационном периоде. В один этап пролечено 64,3% пациентов, в два — 31,3%, три и более — 4,4%. Продолжительность временной нетрудоспособности после лигирования не более 3-5 дней, что зависит от стадии внутреннего геморроя, состояния слизистой оболочки дистального отдела ампулы прямой кишки и рода профессиональной деятельности пациента. Противопоказанием для лигирования были: геморроидальный тромбоз, анальная трещина, хронический парапроктит, проктит в фазе активного воспаления. Результат лигирования считали хорошим при исчезновении клинических проявлений заболевания: выпадения геморроидальных узлов и кровотечения. Хороший результат получен у всех 112 пациентов. Осложнения наблюдали в 4 случаях: в одном — выраженный болевой синдром в связи с тем, что в зону странгуляции у пациента с III стадией внутреннего геморроя частично вошла область зубчатой линии, что потребовало снятия и повторного наложения латексного кольца. В 3 других наблюдениях — геморроидальный тромбоз в области наложения колец. Применение флеботропных препаратов позволило разрешить данную ситуацию в кратчайшие сроки (7-14 дней). За пятилетний период наблюдения отмечены 5 (4,5%) повторных обращений пациентов, перенесших латексное лигирование, в связи с рецидивом заболевания. Притом в трех наблюдениях рецидив заболевания был обусловлен

геморроидальным коллектором (с минимальной по сравнению с двумя другими гипертрофией кавернозной ткани при первичном обращении), в отношении которого в ходе ранее перенесенного одноэтапного лечения манипуляции не проводилось.

Преимуществом латексного лигирования геморроидальных узлов считаем:

1. Хорошие ближайшие и отдаленные результаты при лечении внутреннего геморроя II-III ст.

2. Процедура не требует анестезии, правильное ее выполнение абсолютно безболезненно. Послеоперационный период также безболезненный.

3. В зависимости от вида трудовой деятельности период временной нетрудоспособности после процедуры — от 3 до 5 дней.

Недостатки латексного лигирования:

1. Показания к выполнению методики ограничены II и III стадиями внутреннего геморроя.

2. Латексное лигирование в большинстве случаев выполняется в частных коммерческих клиниках, оплата лечения по линии обязательного медицинского страхования проводится лишь единичными страховыми компаниями.

3. Выполнение методики предусматривает лигирование только внутренних геморроидальных узлов, наружные геморроидальные узлы при значительной их гипертрофии с клинической симптоматикой иссекают традиционным способом, как правило, вторым этапом.

4. В случае сочетания внутреннего геморроя и анальной трещины лечение целесообразно проводить в два этапа, первый этап — лечение анальной трещины, второй — внутреннего геморроя.

Необходимо отметить, что в современных условиях пациент хочет быть не просто вылеченным любой ценой, а чтобы лечение было не только эффективным, но и проходило в комфортных условиях, с минимальными издержками — болевым синдромом, ранней реабилитацией. К сожалению, в России больные геморроем на ранних стадиях заболевания длительно занимаются самолечением, а за специализированной медицинской помощью обращаются при заметном ухудшении качества жизни за счет выпадения узлов III-IV стадии и обильных ректальных кровотечений, нередко с уже развившейся постгеморрагической анемией.

Заключение

Таким образом, ставить вопрос о том, что лучше — латексное лигирование или геморроидэктомия, неправомерно. Рассмотренные два варианта лечения хронического геморроя имеют свои преимущества и свои недостатки и должны выполняться по строгим показаниям с учетом стадии развития заболевания. Однако когда пациенты начнут обращаться за медицинской помощью на начальных стадиях заболевания, когда малоинвазивные вмешательства станут доступными для широких слоев населения, а сертифицированные специалисты-колопроктологи, владеющие разнообразными видами малоинвазивных и хирургических методов вмешательств при геморрое будут придерживаться строгих показаний к их выполнению, вероятно, тогда соотношение между малоинвазивными вмешательствами при геморрое и геморроидэктомией в России изменится и станет аналогичным мировым показателям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abcarian H., Alexander-Williams J., Christiansen J. et al. Benign anorectal disease: definition, characterization and analysis of treatment // *Am. J. Gastroenterology*. — 1994. — Vol. 89, Suppl. 1. — P. 182-193.
2. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids // *Gastroenterology*. — 2004. — № 126 (5). — P. 1463-1473.
3. Kotzampassi K. Rubber band ligation of hemorrhoids — An Office Procedure // *Annals of gastroenterology*. — 2003. — № 16 (2). — P. 159-161.

4. Brown S.R., Hartley J.E., Scott J.H.N. et al. Contemporary coloproctology // Springer. — 2012. — 659 p.
5. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. — М.: Митра-Пресс, 2002. — 198 с.
6. Воробьев Г.И., Зайцев В.Г., Антоноук Л.Н. Особенности организации внебольничной помощи колопроктологическим больным в современных условиях. Стационарозамещающие технологии // *Амбулаторная хирургия*. — 2003. — № 2 (10). — С. 3-5.