

Изменение показателей цитолитических ферментов – трансаминаз – также соответствовало постепенному восстановлению функциональной активности печени. К 5-м суткам концентрация АсАТ уменьшилась на 34,11%, АлАТ – на 25,81% по сравнению с исходными величинами. К концу второй недели количество аспарагиновой и аланиновой трансаминаз соответственно равнялись $0,65 \pm 0,14$ и $1,03 \pm 0,09$ мккат/л, то есть уменьшение от исходного уровня составило 49,61 и 58,47% (рис. 2).

Таким образом, внутрипортальное введение озонированного физиологического раствора в послеоперационном периоде не только способствовало нивелированию последствий цитолитического и холестатического клинко-биохимических синдромов, но и в последующем (к 15-16-м суткам) участвовало в нормализации функциональной активности печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атясов Н.И., Атясов И.Н. Новые технологии использования венозного русла костей в экстремальной медицине. – Саранск, 2001. – 212 с.
2. Беляев А.Н. и др. // Нижегородск. мед. журн. – Приложение: Озонотерапия. – 2003. – С. 21-22.
3. Беляев А.Н., Инякин О.Н., Лапшин А.Е. и др. // Гематол. и трансфузиол. – 2003. – № 2. – С. 32-35.
4. Бояринов Г.А., Соколов В.В. Озонированное искусственное кровообращение (экспериментальное обоснование и результаты клинического применения). – Н. Новгород, 1999. – 318 с.
5. Конторщикова К.Н. // Нижегородск. мед. журн. Приложение: Озонотерапия. – 2003. – С. 5-6.
6. Перетягин С.П. // Нижегородск. мед. журн. – Приложение: Озонотерапия. – 2003. – С. 6-7.
7. Шкуратов А.Г. Современные принципы внутрипортального введения лекарственных растворов в хирургии диффузных и очаговых заболеваний печени / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Владивосток, 1997.
8. Muraca M. et al. // Transplantation. – 2002. – V. 73, No. 6. – P. 890-896.
9. Sakata C. et al. // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. – 2000. – Abstract V. 7, Issue 1. – P. 78-85.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА УДО-38

Ю.К. Богомазов, В.Б. Александров, А.И. Лобаков, А.Б. Туманов
Московская городская клиническая больница № 24
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Геморрой – одно из самых распространенных заболеваний человека: 130-145 случаев на 1000 взрослого населения. В структуре колопроктологических болезней он составляет от 34-41%. Несмотря на бурное развитие малоинвазивных методов лечения геморроя, в России ведущим методом остается геморроидэктомия, выполняемая у 75-79% пациентов [1-6]. Определение преимуществ того или иного хирургического пособия при этом заболевании до сих пор представляет весьма важную задачу. Сокращение сроков стационарного и амбулаторного лечения при геморрое, поражающем, как правило, людей в наиболее работоспособном возрасте, использование экономически наиболее обоснованного метода операции, является важной медицинской и социально-экономической проблемой.

Хирургические методы лечения геморроя постоянно подвергаются эволюции: удаление геморроидальных узлов радиохирургическим, ультразвуковым скальпелем, прибором «Ligae Sure», операция Лонго [2, 3, 6, 10]. Однако эти методики не имеют существенных преимуществ в результатах лечения по сравнению с традиционной геморроидэктомией [1-3, 6, 8, 9].

В 1988 г. независимо друг от друга – в 24-й Московской ГКБ [1, 8] и в ГНЦ ко-

лопроктологии МЗ и МП РФ [2, 4, 5] разработан и внедрен в практику метод закрытой геморроидэктомии с использованием механического шва. В 24-й ГКБ геморроидэктомия выполнялась с применением аппарата УДО-38 (ушиватель детских органов – 38), а в ГНЦ колопроктологии – с использованием аппарата УС-30 (ушиватель сосудов – 30) и TLV-30 (Eticon).

При сравнении видов закрытой геморроидэктомии отмечено, что при операциях с использованием механического шва осложнения были минимальными [2, 5]. Несмотря на это, геморроидэктомия с применением механического шва отечественными сшивающими аппаратами в дальнейшем выполнялась лишь в 24-й ГКБ [1, 7, 8]. Таким образом, патогенетически обоснованный метод лечения, имеющий столь хорошие результаты и минимум осложнений, отечественными хирургами практически не используется.

В 24-й ГКБ закрытая геморроидэктомия механическим швом с использованием УДО-38 применяется с 1988 г. Операция разработана и внедрена В.Б. Александровым [1, 8]. Она стала методом выбора, и за 18 лет с ее помощью выполнено более 2000 аппаратных геморроидэктомий. Закрытых геморроидэктомий проведено около 350. В настоящем исследовании приведена оценка результатов применения аппарата УДО-38 при геморроидэктомии.

Материалом для исследования послужили истории болезни 116 больных, оперированных по поводу геморроя в 24-й ГКБ в 2002-2004 гг. Результаты лечения прослежены в течение 3 лет. Аппаратная геморроидэктомия проведена 62 больным (основная группа). Операция с использованием традиционного шовного материала выполнена 54 больным (контрольная группа). Среди оперированных было 67 мужчин (57,8%), и 49 женщин (42,2%) в возрасте от 20 до 67 лет. Диагностические мероприятия, предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных соответствовали общепринятым стандартам и были одинаковыми в обеих группах. Геморроидэктомия выполнена 93 пациентам (80,2%) с III и IV стадиями заболевания, и 23 (19,8%) – с II стадией (в последнем случае – из-за сопутствующей патологии анального канала). Симультанные операции по поводу заболеваний анального канала и нижеампулярного отдела прямой кишки выполнены у 42 пациентов (36,2%).

Распределение больных по стадиям заболевания, методам хирургического лечения и симультантным операциям отражено в табл. 1.

Таблица 1

Характеристика пациентов по стадиям заболевания и видам операций

Группа	Операции	Стадия геморроя			Всего
		II	III	IV	
Основная	Аппаратная геморроидэктомия (АГЭ)	–	34	3	37
	АГЭ + симультантные операции	10	10	5	25
	ИТОГО	10	44	8	62
Контрольная	Закрытая геморроидэктомия (ЗГЭ)		28	9	37
	ЗГЭ + симультантные операции	13	2	2	17
	ИТОГО	13	30	11	54

Не имели соматических заболеваний 66 пациентов (56,9%), 50 человек (43,1%) с геморроем имели сопутствующие заболевания. По характеру забо-

левания, полу, возрасту, сопутствующей патологии больные основной и контрольной групп были сопоставимы. Выбор варианта геморроидэктомии осуществлялся слепым методом.

Техника закрытой геморроидэктомии с использованием аппарата УДО-38 состоит в следующем. После полной анестезии выполняли умеренную дивульсию анального сфинктера с помощью ректального зеркала. Анальный канал растягивали в стороны, используя клеммы Алиса, наложенные на наружные геморроидальные узлы в проекции 3, 7 и 11 часов по условному циферблату. Верхушку внутреннего геморроидального узла на 3 часах по циферблату захватывали зажимом Люэра и подтягивали кнаружи. Сосудистую ножку узла захватывали зажимом Бильрота. На этих трех инструментах геморроидальный узел приподнимается в просвет анального канала единым блоком с наружным геморроидальным узлом. Перианальная кожа подсекается под наружной частью геморроидального узла. Теперь аппарат УДО-38 накладывается таким образом, чтобы захватить в один блок питающую ножку и весь геморроидальный узел (рис. 1а). После прошивания ткани геморроидального узла отсекаются. Таким образом последовательно удаляются все три крупных геморроидальных сплетения. В результате в анальном канале и на перианальной коже образуются три линейных полоски – герметично сшитая слизистая анального канала и анодерма. Если возникает необходимость, операция дополняется удалением отдельных остаточных венозных образований в анальном канале и в перианальной области. При удалении избыточной массы наружных узлов иссечение кавернозной ткани выполняли с максимальным сбережением кожи, зачастую применяя пластику перианальной области, которая занимала большую часть операционного времени. Учитывая, что удаление узлов происходит единым блоком (внутренний и наружный узлы), следует избегать чрезмерного натяжения конгломерата внутреннего и наружного узлов и лишь «подвешивать» их перед наложением аппарата. Это позволяет избегать травматизации анального жома и сужения анального канала. При наличии большого диастаза между краями раны в перианальной области (более 0,5 см) накладывали отдельные швы кетгутом. Скрепочные швы старались укрывать кожей, накладывая отдельные или непрерывные кетгутовые швы (рис. 1б). При наличии сопутствующей геморрою патологии первоначально выполняется операция по ее ликвидации, а затем геморроидэктомия. Операцию заканчивали введением в анальный канал газоотводной трубки, обернутой марлевой салфеткой, пропитанной мазью Вишневского или «Левомеколь».

Закрытая геморроидэктомия без формирования культей сосудистых ножек с наложением кетгутовых швов наглухо по типу «матрачного» на зажиме выполняется следующим образом.

После полной анестезии проводили умеренную дивульсию анального сфинктера с применением ректального зеркала. С помощью клеммы Алиса, наложенной на наружный геморроидальный узел, в проекции на 3 часах по условному циферблату вытягивали одноименный внутренний геморроидальный узел. Верхушку внутреннего геморроидального узла на 3 часах по циферблату захватывали зажимом Люэра и подтягивали кнаружи. На основание внутреннего узла, в радиальном направлении, практически вплотную к стенке анального канала накладывали зажим Бильрота или прямой зажим Кохера (в зависимости от величины узла) с захватом сосудистой ножки. Прошивали сосудистую ножку узла толстым кетгутом (№ 1) дважды и завязывали под зажимом. Тонким кетгутом (№ 3) прошивали сосудистую ножку узла, завязывали под зажимом. Короткий конец нитки фиксировали на зажиме. Нитку не отсекали (рис. 2а). Непосредственно над зажимом Бильрота отсекали геморроидальный узел и избыток слизистой оболочки анального канала. Швы накладывали

оставшимся тонким кетгутом, не снимая зажима, начиная с проксимального конца в сторону дистального конца раны, обвивным или «матрацным» способом, при этом делали от 2 до 7 параллельных стежков, отступая 0,5 см друг от друга.

Когда швы наложены на всем протяжении внутреннего геморроидального сплетения, лигатуры натягивали и при этом извлекали зажим, после чего нитку окончательно затягивали и рана герметично закрывалась. Для ее фиксации делали дополнительный шов и завязывали нить. Таким образом образовывалась линейная рана в радиальном направлении без формирования культи сосудистой ножки (рис. 2б). Затем иссекался наружный узел на 3 часах по типу «лепестка». Рану ушивали отдельными или непрерывными кетгутовыми швами.



Рис. 1. Закрытая Геморроидэктомия с помощью аппарата УДО-38.

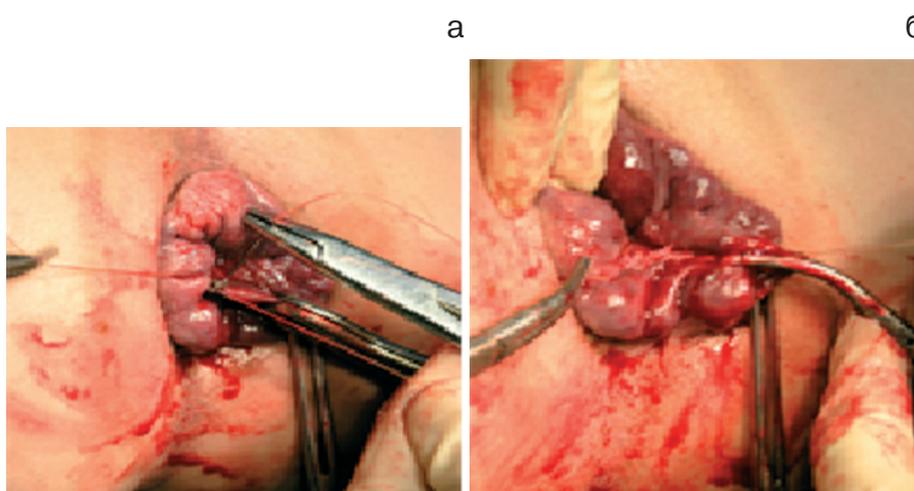


Рис. 2. Закрытая геморроидэктомия без формирования культи сосудистых ножек с наложением швов по типу «матрацного».

Аналогичным образом иссекались внутренние и наружные геморроидальные узлы на 7 и 11 часах. Операцию заканчивали введением в анальный канал газоотводной трубки (пластиковая трубочка от капельницы длиной 8-10 см), обернутой одним слоем марлевой салфетки, пропитанной мазью Вишневского (предпочтительно) или «Левомеколь».

Для оценки эффективности исследуемых методов геморроидэктомии использовали следующие критерии: длительность оперативного вмешательства, степень выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде, характер осложнений, длительность послеоперационного пребывания в стационаре, сроки заживления послеоперационных ран, сроки реабилитации. Осмотры больных после выписки проводили раз в неделю, в течение месяца, через год и через 2 года после операции. Часть больных опрошена по телефону.

Обработка и анализ данных выполнены при помощи программы MS Excel 5.0. Достоверность различий оценивали по критериям Стьюдента. Различия считали достоверными при значении $p < 0,05$.

Средняя длительность оперативных вмешательств в основной и контрольной группах больных составила соответственно $17,6 \pm 2,8$ и $28,1 \pm 3,9$ мин. Сокращение продолжительности операции при использовании аппарата УДО-38 достигается благодаря одномоментному прошиванию конгломерата внутреннего и наружного узлов и отсутствию необходимости ушивания ран.

В основной группе в день операции болевой синдром купирован комбинацией промедола с ненаркотическими анальгетиками у 54 пациентов (87,1%), а у 8 (12,9%) – без применения наркотических препаратов. В контрольной группе у всех пациентов болевой синдром купирован с применением промедола. В раннем послеоперационном периоде к двукратному применению промедола пришлось прибегнуть у трех больных (4,8%) в основной группе и у четырех (7,4%) – в контрольной.

Обильное кровотечение в раннем послеоперационном периоде в основной группе не отмечено, в контрольной состоялось у одного пациента (1,9%). Небольшие выделения крови при перевязках в основной группе не обнаружены, а в контрольной отмечены у 10 пациентов (18,5%). При дефекации небольшие выделения крови были у двух пациентов (3,2%) в основной группе и у семи (12,9%) – в контрольной.

Дизурические расстройства в основной группе выявлены у трех больных (4,8%), в контрольной – у восьми (14,8%). Других осложнений у пациентов не было.

Длительность послеоперационного периода в основной группе составила $3,97 \pm 0,61$, в контрольной – $4,96 \pm 2,32$ дня.

Раны перианальной области отмечены в контрольной группе у 17 пациентов (31,5%). Они были плоскими, узкими, диастаз не более 0,5 см. В основной группе раны зафиксированы у 12 пациентов (19,4%), но диастаз между краями ран был не более 0,2-0,3 см. Это связано, на наш взгляд, с тем, что подкожные ткани фиксированы скрепками. Ко 2-3-й неделе после операции раны в перианальной области эпителизированы у всех пациентов из основной группы. В контрольной группе раны эпителизовались к 4-й – началу 5-й недели после операции.

Больные основной группы вышли на работу через $3,04 \pm 0,72$ недели после операции, в контрольной – через $4,1 \pm 1,2$ недели (табл. 2). Через год после операции больные обеих групп жалоб не предъявляли. При осмотре рецидива заболевания или отдаленных осложнений не выявлено.

Таблица 2

Результаты хирургического лечения геморроя

Операция	Аппаратная	Закрытая
Длительность операции, мин.	$17,6 \pm 2,8$	$28,1 \pm 3,9$
Обезболивание двукратным введением промедола	3 (4,8%)	4 (7,4%)
Обезболивание ненаркотическими анальгетиками	8(12.9%)	-
Кровотечение	-	1 (1,9%)
Дизурия	3 (4,8%)	8 (14,8%)
Послеоперационный койко-день	$3,97 \pm 0,61$	$4,96 \pm 2,32$
Эпителизация ран, нед.	2-3	4-5
Выход на работу, нед.	$3,04 \pm 0,72$	$4,1 \pm 1,2$

Сравнительный анализ результатов лечения показал следующее. Геморроидэктомия с использованием аппарата УДО-38 – патогенетически обоснованный, радикальный метод хирургического лечения геморроя, при использовании которого выздоровление наступает в 100% случаев.

1. Метод аппаратной закрытой геморроидэктомии позволяет минимизировать болевой синдром, снизить риск расстройств мочеиспускания, избежать кровотечения в процессе операции и в раннем послеоперационном периоде, снизить возможность травмы анального жома, достичь быстрого заживления послеоперационных ран, добиться быстрее выздоровления и социальной реабилитации больных.

2. Геморроидэктомия с использованием аппарата УДО-38 позволяет выполнять различные сочетанные операции на анальном канале без риска осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В.Б., Гаджиев Г.И., Богомазов Ю.К., Зорин С.А. // Актуальные проблемы колопроктологии: Сб. трудов. – Ростов-на-Дону, 2001. – 310 с.
2. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое обоснование современных способов лечения геморроя / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1999.
3. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. – М., 2002. – 192 с.
4. Дульцев Ю.В., Титов Ю.А., Каланов Р.Г. // Хирургия. – 1989. – № 2. – с. 115-118.
5. Каланов Р.Г. Оценка методов геморроидэктомии без оставления культи сосудистой ножки / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988.
6. Ривкин В.Л., Файн С.Н., Бронштейн А.С., Ан В.К. // Руководство по колопроктологии. – М., 2004. – С. 9-85.
7. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. – М., 1994. – 430 с.
8. Alexandrov V., Sushov B., Tichonov E., Vinograd U. // 5th Central European Congress of Coloproctology and Viscerosynthesis. – Brno, 1999. – P. 102.
9. Fergusson I.A., Heaton I.R. // Dis. Col. Rect. – 1959. – № 2. – P. 176-179.
10. Longo A., Bergani J.I. Hairless haemorrhoidectomy and mucosectomy for prolaps mucosae. Ethicon onco-surgery. – Johnson-Johnson Co. – 1997. – P. 3-27.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ

*А.В. Ватазин, П.В. Астахов, В.Н. Филижанко, Г.Ю. Лосев, А.Г. Янковой,
А.А. Смоляков, С.А. Кулибаба, И.С. Пичугина
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Число больных, страдающих хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии (ТХПН) и нуждающихся в постоянной заместительной почечной терапии, неуклонно растет. Это связано с прогрессирующим старением населения, ухудшением экологической и эпидемиологической обстановки. В структуре ТХПН, помимо хронического гломерулонефрита и мочекаменной болезни, стали преобладать сахарный диабет – 32,1% и артериальная гипертония – 27,5% [2, 3, 4].

Наряду с трансплантацией почки и гемодиализом, перитонеальный диализ – один из основных методов заместительной почечной терапии у больных ТХПН. Он является методом выбора у больных хронической почечной недостаточностью на ранних этапах ее развития, при сохранной остаточной функции почек и, по мнению ряда авторов, более доступным и физиологичным для больного, чем гемодиализ [2, 4, 8, 10, 12].