

КАРПУХИН О.Ю.

Казанский государственный медицинский университет
Клиника Doctor group

Перспективы оказания хирургической помощи колопроктологическим больным в амбулаторных условиях

Карпухин Олег Юрьевич

доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии с курсами онкологии, анестезиологии и реаниматологии, главный специалист-колопроктолог Минздрава Республики Татарстан
420140, г. Казань, проспект Победы, д. 78, кв. 24, тел.: (843) 263-27-53, 8-905-312-92-90
e-mail: oleg_karpukhin@mail.ru

Изучен опыт оказания консультативно-диагностической и лечебной помощи колопроктологическим больным с использованием малоинвазивных и традиционных хирургических методов лечения. Сочетание данных методов позволяет достичь хороших результатов лечения у пациентов с геморроем, анальной трещиной, фиброзными полипами. Для выполнения этих вмешательств в амбулаторных условиях требуется оснащенный современным оборудованием кабинет, подготовленный, имеющий опыт работы в клинике колопроктолог, тщательный отбор больных, возможность их динамического наблюдения после операции, а также наличие минимальных бытовых условий у пациента. Полученные результаты отражают перспективу расширения внебольничной хирургической помощи колопроктологическим больным.

Ключевые слова: колопроктология, амбулаторный прием, малоинвазивные вмешательства, традиционные операции

KARPUKHIN O.YU.

Kazan State Medical University
Doctor group clinic

Prospects of rendering of surgical care to the coloproctologic patients in out-patient conditions

The article analyses the results of consultative and treatment aid of patients with different diseases of colon and rectum with low-invasive and traditional surgical methods. Combination of these methods can achieve the good results in patient with hemorrhoids, anal fissure, fibrous polyps. For performing these procedures in out-patient reception hour's good modern equipment, coloproctologist with the clinical experience, careful selection of patients, possibility of their dynamic supervision after operation and also presence of the minimum conditions of life for the patient are necessary. The received results reflect prospect of expansion of the extrahospital surgical help to coloproctologic patients.

Key words: coloproctology, out-patients reception hours, low-invasive operations, traditional surgical methods.

Актуальность проблемы. Проводимое в последние годы реформирование отечественного здравоохранения, смещение

акцента в сторону амбулаторно-поликлинических учреждений привели к появлению новых форм их организации и работы,



Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту

20-29 лет		30-39 лет		40-49 лет		50-59 лет		старше 60 лет	
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
50	82	102	135	98	130	58	102	37	68
15,3%		27,5%		26,5%		18,5%		12,2%	

в том числе при оказании помощи колопроктологическим больным [1]. Однако опыт данной сферы медицинской деятельности в России только накапливается, большинство клиник, осуществляющих хирургическую помощь больным с заболеваниями прямой кишки и околопрямокишечной зоны, относятся к негосударственным. Сфера частной медицинской деятельности, как правило, не имеет широкого информационного доступа, соответственно, анализ результатов оказания хирургической помощи колопроктологическим больным в медицинской литературе не нашел широкого отражения.

Таблица 2.

Структура заболеваний при первичном обращении

№п/п	Заболевание	Количество	%
1.	Геморрой	440	51
2.	Анальная трещина	112	13
3.	Колостаз	103	12
4.	Анальные бахромки	93	10,8
5.	Анальный зуд	52	6
8.	Прочие заболевания	37	4,3
7.	Отсутствие патологии прямой кишки	25	2,9
	Всего	862	100

Согласно данным ряда авторов, 35-40% больных с проктологическими заболеваниями могут быть успешно излечены в амбулаторных условиях [2, 3, 4, 5]. 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 геморроидэктомии выполнялись у 70-85% больных геморроем, поступивших в стационары, то к середине 90-х годов типичная геморроидэктомия выполнялась лишь у 17-21% пациентов [6]. Таким образом, лечение большинства больных геморроем в США и странах Европы основывается в настоящее время на применении малоинвазивных методов [7]. В то же время в Рос-

сии наиболее распространенным способом лечения геморроя остается геморроидэктомия, а малоинвазивные способы применяются лишь у 3% пациентов [8].

Нами изучен опыт оказания консультативно-диагностической и лечебной помощи колопроктологическим больным с использованием традиционных хирургических и малоинвазивных «стационарозамещающих» технологий в негосударственной клинике Doctor group, Казань.

Проанализированы 956 обращений к колопроктологу 862 пациентов за период с 2005 по 2009 год. При этом 62 (7,2 %) из них обращались за медицинской помощью дважды, 10 (1,2 %) — три и более раз. Женщин было 508 (58,9 %), мужчин — 354 (41,1 %). Возраст больных — от 15 до 83 лет, средний возраст составил $36 \pm 1,4$ лет. Большинство из пациентов, 597 (69,3%), были в возрасте от 30 до 50 лет (табл. 1).

Жителями Казани были 732 (84,9%) пациента, из районов Республики Татарстан, других регионов России, ближнего и дальнего зарубежья — 130 (15,1 %).

Структура проктологической патологии представлена следующими нозологическими формами, отраженными в таблице 2.

Группу «прочие заболевания» составили: рак прямой кишки — 10, полипы прямой кишки и анального канала — 12, кондиломы анальной области — 2, парапроктит — 3, синдром раздраженной ободочной кишки — 6, ректоцеле — 2, кокцигодия — 2.

Показания к хирургическому лечению установлены у 306 (35,5 %) обратившихся на прием пациентов. Необходимо отметить значимость этого показателя для оценки деятельности медицинского центра, оказывающего внебольничную хирургическую помощь пациентам колопроктологического профиля. Значительное завышение данного показателя может отражать специфику рекламной политики медицинского центра, необоснованную гипердиагностику, попытку подвести максимальное количество обратившихся за медицинской помощью пациентов к выполнению заявленных в медицинском центре медицинских манипуляций и оперативных вмешательств.

Оперативное вмешательство в амбулаторных условиях рекомендовано 233 (76,1%) больным. Операция в условиях специализированных отделений стационаров из-за сложности вмешательства, необходимости проведения наркоза, а также сопутствующей патологии рекомендована 73 (23,9%) больным.

Амбулаторные хирургические вмешательства выполнены у 57,9% пациентов, которым они были показаны. Данный показатель является отражением достаточно высокой степени доверия врачу и является одним из объективных критериев оценки эффективности его работы.

Объем амбулаторной хирургической помощи больным с патологией прямой кишки и околопрямокишечной зоны представлен в таблице 3.

Все вмешательства, при которых требуется обезболивание, проводятся в клинике под местной анестезией, у соматически сохраненных пациентов с отсутствием риска возникновения



послеоперационных осложнений (по результатам данных осмотра, анамнеза, предварительного и при необходимости дополнительного обследования больного).

Мы разделяем принципиальные требования, предъявляемые сегодня к малоинвазивным вмешательствам, выполняемым в амбулаторных условиях:

- Комфортность лечения
- Стабильность результатов

Понятие комфортности включает небольшую длительность процедуры (в пределах 2-10 минут), отсутствие или сведение к минимуму боли в процессе ее выполнения и неприятных ощущений в первые часы после процедуры. Понятие стабильности результатов подразумевает отсутствие симптомов заболевания после лечения в течение как минимум 2-3 лет.

Таблица 3.

Характер и объем выполненных операций и малоинвазивных методов лечения

№ п/п	Виды операций и малоинвазивных методов лечения	Количество	Уд. вес (в %)
При геморрое:			
1.	Латексное лигирование	59	43,7
2.	Геморроидэктомия	12	8,9
3.	ИК-коагуляция геморроидальных узлов	9	6,7
При другой патологии:			
4.	Иссечение анальной трещины	31	22,9
5.	Иссечение анальных бахромок	10	7,4
6.	Иссечение доброкачественных образований ампулы прямой кишки и анального канала	10	7,4
7.	Прочие (вскрытие острого парапроктита, иссечение свища прямой кишки (2), удаление кондилом перианальной кожи и анального канала)	4	2,9
Всего		135	100

Прием проктологических больных как ни в одной другой профессии требует неукоснительного соблюдения моральных, этических и эстетических норм. Важным компонентом лечения рас-

сматриваем создание атмосферы психологического комфорта в отношениях между пациентом и врачом. Пациент детально информируется о характере вмешательства, особенностях течения послеоперационного периода, возможных осложнениях. Лечение начинаем только после получения информированного согласия больного на его проведение. С иногородними пациентами оговаривается необходимость проживания в Казани от 7 до 14 дней в зависимости от заболевания и вида лечения. После операции пациент находится под динамическим наблюдением колопроктолога от 1 до 4 недель.

В случае возникновения осложнений работает система оперативной круглосуточной телефонной связи: днем — «Пациент — Дежурный администратор — Врач», в вечернее, ночное время, выходные и праздничные дни — «Пациент — Врач».

Первое место в структуре обращаемости к колопроктологу традиционно занял геморрой (51%). При этом геморрой I стадии отмечен у 24%, II — 28%, III — 34%, IV — 14% больных. Малоинвазивные методы лечения и операции по поводу геморроя в амбулаторных условиях выполнены у 80 пациентов, при этом латексное лигирование — у 59 (73,8%), геморроидэктомия — у 12 (15%), ИК-коагуляция геморроидальных узлов у 9 (11,2%) из них.

В качестве основного метода, применяемого при лечении геморроя I-II степени, традиционно рассматривается инфракрасная коагуляция. Тем не менее мы отказались от использования данной методики в качестве основного вида воздействия уже после полугода применения из-за того, что у 5 из 9 пролеченных пациентов (у 2 из них была первая, у 3 — вторая стадии внутреннего геморроя) симптомы заболевания возобновлялись на сроках от 3 до 6 мес. Тем не менее мы продолжаем активно использовать инфракрасный коагулятор (Lumatec, Германия) как эффективный инструментальный метод гемостаза для прижигания кавернозной ткани и остановки кровотечения при геморроидэктомии, иссечении анальных трещин, а также для удаления остроконечных кондилом в анальном канале.

Согласно нашему мнению, лечение пациентов с хроническим геморроем I стадии, основной жалобой которых является выделение крови при дефекации, с высокой эффективностью может проводиться с помощью современных флеботропных препаратов, в состав которых входят диосмин и гесперидин, в последние годы широко применяемые в лечении не только хронической венозной недостаточности конечностей, но и геморроя. Данные препараты обладают комплексным механизмом действия, направленным на коррекцию венозного тонуса, лимфатического дренажа и микроциркуляции. Хороший результат нами достигнут более чем у 90% больных с геморроем I стадии после двухнедельного курса консервативной терапии, включающего прием этих препаратов, регуляцию стула с помощью диеты, использование свечей и масляных ирригаций, активизирующих репаративные процессы в слизистой оболочке.

У пациентов с острым тромбированным геморроем мы также являемся сторонниками комплексной консервативной терапии с использованием базисных флеботропных препаратов, назначаемых по традиционной для острого геморроя схеме с продолжением приема поддерживающей дозы препарата до 2 месяцев. Так, по поводу тромбированного геморроя обратились 68 пациентов, оперированы 10 (14,7%) пациентов. Из них 6 обратились в стадии организовавшегося тромба на отдаленных сроках после возникновения тромбоза, а 4 пациента оперированы через 3-4 недели после начала острых явлений в связи с безуспешностью комплексной консервативной терапии, включавшей флеботропные препараты, и сохранением дискомфорта во время ходьбы и дефекации. Таким образом, решение об оперативном лечении этой группы пациентов целе-



сообразно принимать в холодном периоде, после купирования острых явлений, с учетом данных анамнеза и при наличии симптоматики геморроидальной болезни.

Латексное лигирование выполнено у 59 (73,8%) оперированных по поводу хронического внутреннего геморроя пациентов. При этом геморрой II стадии был у 25 (42,4 %) пациентов, III — у 34 (57,6 %). В один этап пролечено 64,4% пациентов, в 2 — 30,5 %, 3 и более — 5,1 %. Методика латексного лигирования проводилась в положении больного для камнесечения. В прямую кишку вводили аноскоп (фирмы Welch Allyn, США), чтобы внутренний геморроидальный узел «выпадал» в его просвет. С помощью вакуумного лигатора (фирмы Karl Storz, Германия) на основание узла выше зубчатой линии синхронно набрасывались 2 латексных кольца. Сеанс лечения предусматривал выполнение латексного лигирования не более двух узлов за один прием, что является надежной профилактикой раннего их отторжения с развитием обильного кровотечения и профилактикой болевого синдрома в послеоперационном периоде. Продолжительность временной нетрудоспособности после каждого лигирования не более 3-7 дней, что зависит от стадии внутреннего геморроя, состояния слизистой оболочки дистального отдела ампулы прямой кишки и рода профессиональной деятельности пациента. Результат лигирования считали хорошим при исчезновении клинических проявлений заболевания: выпадения геморроидальных узлов и кровотечения. Хороший результат получен у всех 59 пациентов. Осложнения наблюдали в трех 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 латексной шайбы. В других двух наблюдениях — геморроидальный тромбоз в области наложения колец. Применение флеботропных препаратов позволило разрешить данную ситуацию в кратчайшие (7-14 дней) сроки. Необходимо отметить, что за трехлетний период наблюдения не отмечено ни одного повторного обращения пациентов, перенесших латексное лигирование в связи с рецидивом заболевания.

Низкая стоимость, простота, хорошая переносимость пациентами в связи с отсутствием болевого синдрома при выполнении методики, минимальное число осложнений, высокая эффективность позволяют рассматривать лигирование в качестве основного метода амбулаторного лечения пациентов со II-III стадиями внутреннего геморроя.

Закрытая геморроидэктомия по Milligan — Morgan с ушиванием послеоперационной раны кетгутowymi нитями наглухо выполнена у 12 (15%) больных с IV стадией внутреннего геморроя. Данное вмешательство выполняли у пациентов с одним, максимум двумя гипертрофированными геморроидальными коллекторами, при этом удаляли не более 1 коллатора за один прием. Использовали радиоволновой хирургический прибор Surgetron EMC (Ellman International Inc., США), принцип работы которого основан на использовании режущих свойств радиоволн. В основе действия прибора лежит эффект преобразования электрического тока в радиоволны. Рассекающий эффект достигается за счет тепла, выделяемого при сопротивлении тканей проникновению в них высокочастотных радиоволн. Аппарат функционирует в четырех режимах: 1) чистый разрез (90% разреза+10% коагуляции); 2) разрез-коагуляция (50%+50%), 3) гемостаз (10%+90% коагуляция), 4) фульгурация (поверхностная точечная коагуляция искрой переменного тока). Использовали стандартный набор электродов, включающий в себя проволочный электронож, петлевой коагулятор, пуговчатый фульгуратор.

Операцию проводили под местной анестезией, по времени она проходит намного быстрее, чем при работе с электро-

коагулятором. Как правило, кровотечение во время радиохирургической операции бывает весьма незначительным. Раны из-за отсутствия глубокого термического прогревания заживают относительно быстро, к концу 7–10-х суток. Столько же длился период временной нетрудоспособности у работающих пациентов. В послеоперационном периоде гнойно-септических осложнений, существенного отека и выраженного болевого синдрома не зафиксировано. Раны заживали тонким рубцом, функция сфинктера не нарушалась. Всем больным после операции рекомендовали прием флеботропных препаратов на протяжении одного месяца после вмешательства. Клинический эффект в виде уменьшения болевого синдрома и отека тканей в зоне вмешательства отмечен у всех 10 больных. Улучшение состояния начиналось со 2–3-х суток.

Второе место в структуре заболеваний при первичном обращении к колопроктологу заняла анальная трещина — 112 (13%) больных. Иссечение анальной трещины в амбулаторных условиях выполнено у 31 (27,7 %) из этих пациентов. Операцию выполняли под местной анестезией. При формировании раны по Габриэлю убирали окружающие трещину рубцовые ткани со сторожевым бугорком и зоной пектеноза. Если анальная трещина сочеталась со спазмом жома заднего прохода (77,4% оперированных пациентов), операцию дополняли сфинктеротомией, обеспечивающей снятие спазма, создающей благоприятные условия для заживления раны и предупреждающей развитие рецидива. Во всех наблюдениях была выполнена открытая дозированная сфинктеротомия. В ходе вмешательства также использовали радиоволновой хирургический прибор Surgetron EMC. Сроки эпителизации ран были короче по сравнению с традиционными методиками, составляя в среднем 3 недели, а продолжительность периода временной нетрудоспособности не превышала 10-14 дней. Контроль за течением послеоперационного периода осуществляли один раз в неделю на протяжении месяца. В двух наблюдениях в раннем послеоперационном периоде из-за несвоевременной явки пациентов на контрольный осмотр и, соответственно, отсутствием динамического контроля со стороны врача за течением раневого процесса, в области кожной части раны сформировался грубый рубец, мешавший заживлению раны слизистой оболочки. После иссечения рубца раны быстро эпителизировались.

У 10 (7,4%) пациентов иссечение гипертрофированных анальных бахромок выполнено под местной анестезией с использованием радиоволнового скальпеля, послеоперационные раны ушиты наглухо кетгутowymi лигатурами. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено.

Иссечение новообразований ампулы прямой кишки (ворсинчатые полипы на ножке — 2) и анального канала (гипертрофированные анальные сосочки с выпадением — 8) выполнено у 10 (7,4%) пациентов. Патогистологическое исследование препаратов подтвердило доброкачественную природу резецированных новообразований.

Немногочисленную группу «прочие операции» составили: вскрытие острого парапроктита — 1 пациент, иссечение интрасфинктерного свища прямой кишки — 2, удаление кондилом перианальной кожи и анального канала — 1. Во всех наблюдениях послеоперационный период протекал без осложнений, потеря трудоспособности не превышала трех дней.

Выводы

1. Малоинвазивные методы лечения и некоторые традиционно выполняемые в стационаре оперативные вмешательства могут быть эффективно применены в амбулаторных условиях при наиболее часто встречающихся проктологических заболеваниях, лечение которых ранее являлось прерогативой специализированного отделения стационара.

2. Для выполнения этих вмешательств необходимы оснащенный современным оборудованием кабинет, подготовленный, имеющий клинический опыт работы хирург-колопроктолог, тщательный отбор больных, возможность их динамического наблюдения после операции, наличие минимальных бытовых условий у пациента.

3. С укреплением материально-технической базы амбулаторно-поликлинической службы, привлечением сертифицированных специалистов-колопроктологов открывается перспектива расширения внебольничной хирургической помощи пациентам с патологией прямой кишки и околопрямокишечной зоны по линии страховой медицины. Это позволит добиться значительного экономического эффекта за счет высвобождения коечного фонда стационаров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Зайцев В.Г., Антонюк Л.Н.. Особенности организации внебольничной помощи колопроктологическим больным в современных условиях. Стационарозамещающие технологии. — Амбулаторная хирургия, 2003. — № 2 (10). — С. 3-5.

2. Александров В.Б., Змазнев С.М. Вопросы организации и совершенствования поликлинической и стационарной помощи

проктологическим больным. Пути совершенствования проктологической службы. Материалы 1-й конф. проктологов г. Москвы / под ред. В.Б. Александрова и др. — М., 1989. — С. 3-7.

3. Борзенков С.А., Царев Б.М., Киселев А.А. Организация проктологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях. Возможности и перспективы совершенствования диагностики и лечения в клинической практике. Тез. докл. науч.-практ. конф. — М., 1997. — С. 213-215.

4. Воробей А.В. Основные тенденции современной колопроктологии. Обзор конгрессов по колоректальной хирургии за 1996 г. / под ред. А.В. Воробей. — Новости хирургии, 1997. — № 1. — С. 46-52.

5. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. — М., 1987. — 120 с.

6. H. Abcarian, J. Alexander-Williams, Christiansen J. et al. Benign anorectal disease: definition, characteritern and analysis of treatment. Am J Gastroenterology, 1994. — Vol. 89, Suppl. 1. — P. 182-193.

7. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Фармакотерапия геморроя: алгоритм выбора препарата. Геморрой. — М.: Митра-Пресс, 2002. — 192 с.

8. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Фармакотерапия геморроя: алгоритм выбора препарата. Consilium medicum, 2001. — № 11 (3).

МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ

ВЕСТНИК

Поволжья

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ РЕКЛАМНО-ИНФОРМАЦИОННОЕ ИЗДАНИЕ

www.mfvt.ru | mfvt@mfvt.ru

- официальная и нормативная информация
- новости медико-фармацевтического рынка (брифинги, симпозиумы, конференции, выставки).
- научно-практические материалы от ведущих специалистов в области медицины, обзоры конференций, круглых столов, съездов.
- информационные данные от производителей и дистрибьютеров. Оптовые и розничные цены на медоборудование, изделия медицинского назначения и медикаменты.

420012, Казань, ул. Щапова, 26,
корп. Д, офис 200, а/я 142
многоканальный телефон (843) 267-60-96

ОПЕРАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ — ЗАЛОГ ВАШЕГО УСПЕХА!

