

в медицинской практике методов обследования (УЗИ, КТ, исследование онкомаркеров и др.), вовсе не ограничиваясь сроками послеоперационного периода 1–3 года. Как показывает практика, благоприятный результат никак нельзя считать выздоровлением у больных с радикально оперированной злокачественной опухолью, а лишь устойчивой ремиссией, следовательно, динамическое наблюдение за больным должно быть в течение всей оставшейся жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биологические методы лечения онкологических заболеваний: Пер. с англ. / Под ред. В. Т. ДеВита, С. Хеллмана, С. А. Розенберга. – М.: Медицина, 2002. – 936 с.

2. Грех И. Ф. Метастазирование злокачественных опухолей. – Л.: Медицина, 1971. – 328 с.

3. Избранные лекции по клинической онкологии / Под редакцией акад. РАМН В. И. Чиссова, проф. С. Л. Дарьяловой. – М., 2000. – 736 с.: ил.

4. Практическая онкология: избранные лекции / Под редакцией С. А. Тюляндина и В. М. Моисеенко. – СПб: Центр ТОММ, 2004. – 784 с.

5. Фрадкин С. В., Залуцкий И. В. Меланома кожи. – Минск: Беларусь, 2000. – 221 с.

6. Черезов А. Е. Общая теория рака: тканевый подход. – Изд-во МГУ, 1997. – 252 с.

Поступила 28.02.2013

**С. В. МАСЛЕННИКОВ, Е. А. МАСЛЕННИКОВА,
В. С. МАСЛЕННИКОВ, А. А. ЕЛЕЕВ**

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*Кафедра хирургических болезней № 1 ГБОУ ВПО «Ростовский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. Тел. (863) 250-40-74.
E-mail: Alim1425@mail.ru*

За период с 2010 по 2013 г. в проктологических кабинетах клиники РостГМУ, ОКДЦ г. Ростова-на-Дону и «Клиники доктора Андреева» г. Новочеркасска проведено лечение 293 пациентов в возрасте от 18 до 85 лет, страдающих геморроем. Средний возраст составил 45 лет. Применялись различные комбинации методик, а также сочетания малоинвазивных методик и хирургического лечения. В амбулаторных условиях было излечено 80,7% больных геморроидальной болезнью, и только в 63 случаях (что составляет 19,3%) пациентам потребовалась госпитализация, им была выполнена геморроидэктомия по Миллигану – Моргану.

Ключевые слова: геморрой, трансанальная дезартеризация, склеротерапия, геморроидэктомия.

S. V. MASLENNIKOV, E. A. MASLENNIKOVA, V. S. MASLENNIKOV, A. A. ELEEV

THE WAYS TO IMPROVE THE RESULTS OF THE OUTPATIENT TREATMENT OF HEMORRHOIDS

*Chair of surgical illnesses of № 1 State budgetary educational institution for higher education
«Rostov state medical university» Russian ministry of health,
Russia, 344022, Rostov-on-Don, the lane Nachichevan, 29. Tel. (863) 250-40-74. E-mail: Alim1425@mail.ru*

293 patients suffering from hemorrhoids between the ages of 18 to 85 were treated during the period from 2010 to 2013 in proctological rooms of Rostov state medical university, «Regional clinical and diagnostic center» in Rostov-on-Don and «Doctor Andreev's clinic» in Novocherkassk. The mean age is 45 years old.

There were used different technique combinations, combination of minimally invasive technique and surgery. For about 80,7% of patients with hemorrhoidal disease has been cured at outpatient in such a way, and in only 63 cases (19,3%) hospitalization for Milligan – Morgan hemorrhoidectomy was required

Key words: hemorrhoids, transanal dearterization, sclerotherapy, hemorrhoidectomy.

Введение

Геморрой является одним из часто встречающихся заболеваний прямой кишки. Установлено, что у людей старше 40 лет симптомы геморроя обнаруживаются в 60–70% случаев. На долю геморроя в структуре колопроктологических заболеваний приходится около 40%.

Цель настоящей работы – оптимизировать тактику лечения геморроя в амбулаторных условиях с учетом особенностей клинического течения.

Материалы и методы

За период с 2010 по 2013 г. в проктологических кабинетах клиники РостГМУ, ОКДЦ г. Ростова-на-Дону и «Клиники доктора Андреева» г. Новочеркасска проведено лечение 293 пациентов в возрасте от 18 до 85 лет, страдающих геморроем. Средний возраст составил 45 лет.

Пациентов распределили по течению болезни: острый геморрой (12%), хронический геморрой (88%),

а также по стадиям: I стадия (11%), II стадия (25%), III стадия (44%), IV стадия (20%).

Мы располагаем техническими возможностями и соответствующим опытом выполнения практически любого способа хирургического и малоинвазивного лечения геморроя, принятого в современной колопроктологии, а также возможностью 3–4-часового наблюдения за оперированными больными в условиях дневного стационара.

При отборе больных на амбулаторное хирургическое лечение строго учитывались также соответствующие бытовые условия для проведения послеоперационного периода на дому, возможность телефонной связи с лечащим врачом. После наблюдения оперирующим хирургом в условиях дневного стационара и исключения осложнений раннего послеоперационного периода, таких как кровотечение, нарушение гемодинамики, выраженный болевой синдром, нарушение мочеиспускания, больных отпускали домой с сопровождающим на легковом автотранспорте с подробной инструкцией по ведению послеоперационного периода и рекомендациями по дальнейшему консервативному лечению. Стандартное консервативное лечение в послеоперационном периоде включало флеботоники (детралекс), пищевые волокна (мукофальк), пробиотики (нормофлорин), ферменты (вобэнзим), ректально – свечи (ультрапрокт, проктозан, проктогливенол, натальсид), при удалении наружных узлов – сидячие марганцовые ванночки и повязки с мазью Левосином. При комбинации малоинвазивного и хирургического лечения назначалась антибактериальная терапия (ципролет А, цифран СТ) с последующим курсом пробиотиков.

Вмешательства выполняем преимущественно под сакральной и местной анестезией.

Критериями выбора способа лечения геморроя мы определили его основные клинические проявления с учетом имеющихся осложнений, а при хроническом геморрое – различия выпадения узлов по стадиям, размерам, выраженности границ между наружными и внутренними узлами, наличие у пациентов как общесоматической сопутствующей патологии, так и патологии со стороны анального канала.

Острый геморрой с проявлениями в форме отека и тромбоза на I этапе мы лечили консервативными способами: с проведением как системной, так и местной терапии. При стихании острого воспаления и организации тромба выполняли иссечение тромбированного узла. При геморрое, осложненном кровотечением, применяли склеротерапию либо прошивание сосудистой ножки геморроидального узла. Хорошие результаты получены у 98% больных.

При хроническом геморрое для выбора конкретного способа лечения либо комбинации методов пользовались объективной оценкой геморроидальных узлов: стадией выпадения каждого геморроидального узла, наличием границ между наружными и внутренними узлами с учетом сопутствующей патологии анального канала (анальные трещины, гипертрофированные анальные сосочки).

При I стадии выполняли только малоинвазивные вмешательства (склеротерапию, как простую, так и с использованием ультразвуковой кавитации при помощи УЗ-хирургического комплекса «Проксон»). При II стадии, когда узлы выпадают, но самостоятельно вправляются и их размеры менее 2 см, применяли со-

четанные малоинвазивные методы коррекции: биполярную коагуляцию в сочетании со склеротерапией, а в течение последнего года – трансанальную, доплер-контролируемую дезартеризацию в сочетании со склеротерапией с использованием отечественного аппарата «Ангиодин-УК» фирмы «Биосс».

Наружные геморроидальные узлы практически всегда иссекали.

При III и IV стадиях геморроидальной болезни мы отказались от применения малоинвазивных способов лечения в чистом виде и комбинируем хирургическое и малоинвазивное лечение.

Общий принцип: каждому узлу – свой способ лечения. При III стадии в 75% случаев имела место неоднородность выпадения. При этом мы комбинировали удаление 1–2 выпадающих узлов хирургическим способом с ушиванием слизистой анального канала, а 1–2 оставшихся узла лечили малоинвазивными методами. Когда выпадали все 3 узла (в 15% случаев), применяли только хирургический способ в условиях стационара.

При IV стадии, когда наблюдались различия в выпадении узлов по стадиям, также применяли комбинированное лечение (у 60% больных с 4-й ст. заболевания). При выпадении всех трех геморроидальных комплексов и слизистой оболочки с выворачиванием зубчатой линии, пациентов оперировали в условиях стационара (модифицированная операция Миллигана – Моргана).

Результаты

В результате вышеописанного дифференцированного подхода и определения строгих показаний к применению той или иной малоинвазивной методики или комбинации методик, а также сочетания малоинвазивных методик и хирургического лечения, в амбулаторных условиях было излечено 80,7% больных геморроидальной болезнью, и только в 63 случаях (что составляет 19,3%) пациентам потребовалась госпитализация, где им была выполнена геморроидэктомия по Миллигану – Моргану.

Сроки наблюдения за всеми больными составили от 6 до 36 месяцев. Из них от 6 до 12 месяцев – 83 человека; от 12 до 24 месяцев – 97 человек; от 24 до 36 месяцев – 85 человек. С 28 пациентами (9%) контакты по разным причинам были утрачены (в основном это были жители регионов Северного Кавказа).

Отдаленные результаты оценивались на основании анкетного опроса и стандартного проктологического обследования при контрольных осмотрах. Полное исчезновение симптомов болезни в сроки от 6 до 36 месяцев отмечены у 257 из 293 человек (что составило 89,6%). Выделения крови периодически возникали у 21 человека (6,7%). Возобновление выпадения геморроидальных узлов отмечено у 11 человек (3,6%). У всех этих больных выздоровление наступило после дополнительного проведения малоинвазивных процедур.

Осложнения: отсроченные кровотечения (через 7–20 дней после малоинвазивных методов лечения в сочетании с хирургическими возникли в двух случаях, что составило 1% от всех пролеченных). В последующем эти кровотечения были остановлены консервативными методами. Тромбозов, парапроктитов и других осложнений, связанных с лечением геморроя, в анализируемой группе не возникло.

В 291 случае (99% больных) лечение протекало без осложнений.

Обсуждение

В амбулаторной хирургии необходим тщательный отбор больных с учетом возможности ведения послеоперационного периода в домашних условиях. На современном этапе развития хирургии прогресс в лечении больных с геморроидальной болезнью может быть достигнут только за счет использования новых технологий, выбора оптимального варианта оперативного вмешательства в каждом конкретном случае. Комбинации различных оперативных и малоинвазивных методов, а также адекватное сопутствующее консервативное лечение позволяют удалять узлы с минимальной травмой анального канала и перианальной зоны, избавить пациента от выраженного послеоперационного болевого синдрома и сократить сроки его нетрудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А. М. Руководство по проктологии. – Куйбышев: кн. изд-во, 1971. – Т. 2. – 532 с.
2. Воробьев Г. И., Шелыгин Ю. А., Благодарный Л. А. Геморрой. – Москва: «Митра-Пресс», 2002.
3. Шелыгин Ю. А., Благодарный Л. А. Справочник по колопроктологии. – Москва: Литтерра, 2012.
4. Основы колопроктологии / Под редакцией Г. И. Воробьева. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. – С. 78–99.
5. Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л. Геморрой. Запоры. – Медпрактика, 2000. – 158 с.
6. Abramson G., Krook H., Haapaniemi S. Closed v. s. open haemorrhoidectomy – is there any difference? // Dis. colon. rectum. – 2000. – Vol. 43. № 1. – P. 31–34.

Поступила 14.02.2013

**И. Л. МИКИТИН, Ю. С. ВИННИК, Г. Э. КАРАПЕТАН, М. Н. КУЗНЕЦОВ,
Н. М. МАРКЕЛОВА, А. А. ЗАХАРЧЕНКО, Л. В. КОЧЕТОВА, Е. С. ВАСИЛЕНА,
Ю. А. НАЗАРЬЯНЦ, Р. А. ПАХОМОВА, А. Б. КУЛИКОВА**

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*Кафедра общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого,
Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1.
Тел. 8-392-71-29-70. E-mail: Vikto-potapenk@yandex.ru*

В работе представлены результаты лечения больных с длительно незаживающими гнойными заболеваниями мягких тканей. В терапии первой группы больных (28) наряду с традиционным лечением проводили ультразвуковую обработку ран. В результате исследования выявлено, что применение ультразвука позволяет значительно ускорить процесс заживления раны, и сократить сроки пребывания на больничной койке в среднем на 20% с локализованными длительно незаживающими процессами и на 16% – с неограниченными длительно незаживающими процессами.

Ключевые слова: гнойные раны, ультразвуковая терапия, раневой процесс.

**I. L. MIKITIN, Y. S. VINNIK, G. E. KARAPETYAN, M. N. KUZNETSOV,
N. M. MARKELOVA, A. A. ZAKHARCHENKO, L. V. KOCHETOVA,
Ye. S. VASILENY, Yu. A. NAZARYANC, R. A. PAHOMOVA, A. B. KULIKOVA**

APPLICATIONS LOW-FREQUENCY ULTRASOUND IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH INDOLENT DISEASES SOFT TISSUE

*Department of general surgery Krasnoyarsk state medical university named
by prof. V. F. Voyno-Jaseneckiy,
Russia, 660022, Krasnoyarsk, Partizan Geleznyak str., 1.
Tel. 8-392-71-29-70. E-mail: Vikto-potapenk@yandex.ru*

The results of treatment of patients with indolent purulent diseases of soft tissues. In the treatment of the first group of patients (28), along with traditional treatment performed ultrasonic treatment of wounds. The study found that the application of ultrasound can significantly accelerate the healing process of the Rani reduce the length of stay in hospital by an average of 20% with localized indolent processes and by 16% with unlimited indolent processes.

Key words: sores, ultrasound therapy, wound.

Введение

Одной из наиболее актуальных проблем современной хирургии является гнойная хирургическая инфек-

ция. На протяжении всей истории медицины проблема раневой инфекции служила предметом внимания и научно-практических разработок лучших умов современ-