

МАНУАЛЬНАЯ ГЕМОРОИДОПЕКСИЯ С ШОВНОЙ ДЕАРТЕРИЗАЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВНУТРЕННИМ ГЕМОРРОЕМ III СТАДИИ

Гаин М. Ю., Шахрай С. В., Гаин Ю. М., Груша В. В.,
Коленченко С. А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минск, Республика Беларусь

Введение. В мировой проктологической практике существует множество малоинвазивных хирургических методов лечения хронического геморроя. Одним из таких популярных методов в последнее десятилетие является технология доплер-контролируемой шовной деартеризации и геморроидопексии (DG-HAL-RAR). В научных публикациях последних лет отмечается экономическая обоснованность и высокая эффективность метода геморроидопексии и шовной деартеризации без использования эхоскопического контроля (так называемой «мануальной геморроидопексии» - «Manual hemorrhoidopexy»). Метод основан на прошивании расположенных в подслизистом слое прямой кишки терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии в зонах их пульсации, определяемых пальпаторно (при помощи указательного пальца хирурга), а также формировании обвивного («якорного») шва вдоль оси внутренних геморроидальных узлов, что позволяет не только устранить патологический приток артериальной крови к геморроидальным узлам, но и эффективно ликвидировать пролапс. В многочисленных рандомизированных контролируемых исследованиях последних лет отмечается, что метод шовной деартеризации без ультразвукового контроля имеет высокую экономическую эффективность при схожей клинической эффективности с методом доплер-контролируемой шовной деартеризации и геморроидопексии.

Цель: изучить результаты лечения пациентов с хроническим внутренним геморроем II-III стадии методом

мануальной геморроидопексии с шовной деартеризацией в сравнении с традиционным хирургическим методом лечения.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения пациентов в условиях хирургического отделения краткосрочного пребывания УЗ «11-я ГКБ» в 2013-2018 гг. в двух группах сравнения. В первую (контрольную) группу вошли 47 пациентов с III стадией хронического внутреннего геморроя (35 мужчин и 12 женщин, медианный возраст – 48 лет). Всем пациентам этой группы выполнена закрытая геморроидэктомия. Вторую группу составили 49 пациентов (36 мужчин и 13 женщин, медианный возраст 48 лет), которым произведена мануальная «якорная» геморроидопексия с шовной деартеризацией. Для выполнения вмешательств использовались хирургический аноскоп и ректальное зеркало, нить для прошивания со средним сроком рассасывания (Дарвин 2/0, игла колющая 1/2 окружности). Анестезия – спинальная.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных в ближайшем послеоперационном периоде показал преимущества метода шовной деартеризации по сравнению с закрытой геморроидэктомией. Вмешательства не требовали использования мер дополнительного гемостаза, отсутствовала необходимость ушивания послеоперационных ран. В первые 3 суток после операции отмечались значительные различия в основной и контрольной группах со стороны болевого синдрома. У пациентов после геморроидэктомии полное купирование болевого синдрома происходило только после применения наркотических анальгетиков, кратность введения которых в первые сутки для обеспечения комфортного послеоперационного периода составляла от 4 до 6 раз ($Me=5$). У 79% пациентов контрольной группы адекватный перевод с наркотической анальгезии на введение препарата «Кеторолак» осуществлён был на вторые сутки, у 21% - на третьи. В основной группе интенсивность болевого синдрома была существенно меньше в первые трое суток (в соответствии с унифицированной шкалой болевого синдрома и послеоперационного дискомфорта) ($p=0,00014$, Mann Whitney U-test) и не требовала применения наркотических анальгетиков (при этом в 98% случаев, начиная со

вторых суток, в покое боли полностью отсутствовали). Динамика уменьшения болевого синдрома после дефекации показала статистически значимые различия между группами. К концу второй недели у всех пациентов после шовной деартеризации полностью отсутствовала болевая реакция. В контрольной группе динамика уменьшения индуцированных дефекацией болей имела замедленный характер с полным их исчезновением у всех пациентов только к 9 неделе наблюдения ($p=0,00006$, Mann Whitney U-test). Интенсивность послеоперационного болевого синдрома и наличие осложнений оказало влияние на медианную длительность пребывания пациентов контрольной группы в стационаре, что составило 7 койко/дней (против 2 койко/дней в группе после шовной деартеризации; $p=0,000124$, Mann Whitney U-test). Медиана длительности временной нетрудоспособности после геморроидэктомии составила 18 дней, что более чем в 3 раза больше, чем в основной группе ($p=0,0000281$, Mann Whitney U-test). У 2 пациентов (4,08%) основной группы через 3 месяца после геморроидопексии имел место частичный рецидив геморроидального кровотечения. Однако оба пациента отмечали значительное уменьшение количества и кратности кровотечений после вмешательства в сравнении с состоянием до операции. Повторная шовная деартеризация у данных пациентов была полностью успешной. 9 (19,15%) пациентов после геморроидэктомии через 3 месяца после операции отмечали некоторые дискомфортные ощущения при дефекации, у 1 (2,13%) – рецидив геморроидального кровотечения.

Выводы. Мануальная геморроидопексия с шовной деартеризацией является менее инвазивным и травматичным способом лечения хронического внутреннего геморроя III стадии в сравнении с традиционно применяемой закрытой геморроидэктомией.