

пластика гепатикохоледоха на каркасном дренаже, один конец которого был выведен наружу.

Среди послеоперационных осложнений встретились микроинфаркт миокарда, локальное истечение желчи, тромбоэмболия мелких ветвей легочных артерий. Летальных случаев не было.

Таким образом, разработка современных рациональных алгоритмов диагностики и лечения синдрома Миризи позволяет избежать травм желчных протоков во время операции и уменьшить количество послеоперационных осложнений.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Логащ Е.И., Рычагов Г.П., Гинюк В.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра общей хирургии
УЗ «Городская клиническая больница № 3»
Минский городской центр колопроктологии
Минск, Беларусь

Актуальность. Об актуальности проблемы геморроя во всем мире говорит высокое число пациентов – 4,4–36,4% населения [1, 2, 6]. Разнообразие методик, большое количество научных работ говорит о том, что до настоящего времени нет универсального метода лечения.

Принципиально новым методом лечения является фотодинамическая терапия (ФДТ). ФДТ имеет обширный потенциал для использования во многих областях медицины, но такие уникальные ее свойства, как селективное действие, низкий риск местных и системных осложнений, возможность многократного применения [3, 5]. Однако ФДТ для лечения геморроя до сих пор не нашла применения.

Цель исследования: улучшение результатов лечения геморроя при использовании ФДТ.

Материалы и методы. В работе использован многоцветный фототерапевтический комплекс «Ромашка», основанный на сверхъярких светодиодах, и фотосенсибилизатор (ФС) «Фотолон». В основу работы положен анализ результатов обследования и лечения 66 пациентов с геморроем 2–3 ст., госпитализированных в отделение проктологии для оперативного лечения. В зависимости от способа лечения все больные были разделены на три группы: 1 – 24 пациента, пролеченные методом ФДТ,

2 – 20 пациентов, оперированных с последующей комбинированной фототерапией послеоперационной раны анального канала, и 3 – контрольная, 22 пациента, у которых применялась традиционная оперативная методика лечения. Состав групп был сопоставим по полу, возрасту, форме и тяжести заболевания. Мужчины составили 75%, 65% и 63,64% в 1, 2 и 3 группах, соответственно.

Основными этапами оценки нами избраны день поступления, 1, 3, 7 и 30 сутки после операции. Клиническими критериями эффективности лечения служили интенсивность и продолжительность болевого синдрома, выделение крови и выпадение геморроидальных узлов. Проводились ректороманоскопия, сфинктероманометрия до проведения лечения и через 1 месяц (оценивались стрессовый и активный тонус). Морфологические исследования у пациентов 1 группы проводились до лечения и через 1 месяц после проведенного курса лечения. Исследовали вид и количество высеваемой микрофлоры у пациентов 2 и 3 групп на 1, 3 и 7 сутки после операции.

Результаты. До начала лечения пациенты предъявляли жалобы на выделение крови из заднего прохода (80,3%), выпадение геморроидальных узлов, самопроизвольно вправлявшихся (24,2%) или требовавших ручного вправления (75,8%), боли в покое (19,7%) или связанные с дефекацией (30,3%). При ректороманоскопии в анальном канале определялись увеличенные багрово-синюшные геморроидальные узлы, в ряде случаев легко кровоточащие при осмотре. Не было выявлено достоверных различий между группами по всем изучаемым критериям.

В первые сутки от начала лечения у пациентов 2 и 3 групп отмечен выраженный болевой синдром (послеоперационный), 7–10 по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ), требовавший применения наркотических препаратов (sol. promedoli 2% 1,0 ml 3 раза в сутки). У пациентов 1 группы лишь у 6% отмечено усиление болей, связанное с проведением процедуры лечения, потребовавшее однократного введения ненаркотических анальгетиков. Установлено, что наиболее часто высевается *E. Coli* – 50%. *E. faecalis* выявлен в 31%. На долю *K. pneumoniae* пришлось 14,3%. *E. cloacae* выявлен в 4,8%. Достоверных различий при сравнении концентраций микроорганизмов ($\times 10^4$) КОЕ/мл для пациентов 2 и 3 групп не выявлено.

На 3 и 7 сутки от начала лечения у пациентов 1 группы существенных различий не наблюдалось. У пациентов 2 группы, по сравнению с 3 группой, отмечено снижение болевого синдрома и уменьшение концентрации микроорганизмов ($\times 10^3$) КОЕ/мл.

На контрольном осмотре через 1 месяц от начала лечения пациенты 1 группы предъявляли жалобы на выпадение геморроидальных узлов, самопроизвольно вправлявшихся (4,5%), жалоб на выделение крови из зад-

него прохода или боли не было. При ректороманоскопии в анальном канале определяются незначительно увеличенные бледно-розовые геморроидальные узлы. При микроскопическом исследовании по сравнению с данными до начала лечения установлено, что количество расширенных сосудов в поле зрения значительно уменьшилось, просвет отдельных из них пуст (нет застоя). В строме отмечается склероз с очагами ангиогенеза, что говорит о процессе компенсации. По данным сфинктероманометрии, проведенным до лечения и через 1 месяц, существенных различий нет.

Через 1 месяц от начала лечения пациенты 2 и 3 групп предъявляли жалобы на выделение крови из заднего прохода (5% и 9%, соответственно) и боли при дефекации (5% и 13,6%). По данным сфинктероманометрии, проведенной до лечения и через 1 месяц, отмечено существенное снижение стрессового и активного тонуса.

Выводы:

1. ФДТ с помощью многоцветного фототерапевтического комплекса «Ромашка», основанного на сверхъярких диодах и ФС «Фотолон», является малоинвазивным высокоэффективным способом лечения геморроя 2–3 ст.

2. Разработанный нами способ позволяет купировать симптомы геморроя в более краткие сроки, не несет угрозы послеоперационных осложнений, существенно улучшает качество жизни и может применяться в амбулаторных условиях.

3. Применение ФДТ по предлагаемой нами методике в послеоперационном периоде в случаях, где имелись показания к оперативному лечению геморроя, способствует более легкому и гладкому течению послеоперационного периода, что проявляется существенной микробной деcontаминацией раны, более ранним купированием симптомов 1 фазы раневого процесса, сокращением сроков ее заживления.

Литература:

1. Воробьев, Г.И. Геморрой: руководство для врачей / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный. – 2-е изд. – М.: Литтера, 2010. – 192 с.

2. Генри М. Колопроктология и тазовое дно / М. Генри, М. Свош – М.: Медицина, 1988. – 248 с.

3. Карандашов, В.И. Современное применение фототерапии / В.И. Карандашов, Е.Б. Петухов // Медицинская помощь. – 2004. – № 1. – С. 24–27.

4. Способ лечения колопроктологических заболеваний методом фототерапии: инструкция по применению, утв. Министерством здравоохранения Респ. Беларусь 03.10.2008 г. рег. № 027-0308 / Русинович В.М., Рычагов Г.П., Логаш Е.И., Гинюк В.А. – Мн., 2008. – 11 с.

5. Henderson, B. W. How does photodynamic therapy work? / B.W. Henderson, T.J. Dougherty // Photohem, Photobiol. – 1992. – Vol. 55. – P. 145–157.

6. Khubchandani I. Surgical Treatment of Hemorrhoids / Indru Khubchandani Nina Paonessa and Khawaja Azimuddin. – Second Edition. – London: Springer – Verlag, 2009. – 185 p.