

КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

*Батаев С.А.¹, Мицкевич В.А.^{2,3},
Жандаров К.Н.², Шолтанюк И.А.¹*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,
Медицинский центр «Седьмое небо»³,
Гродно, Республика Беларусь

Введение. Общеизвестно, что геморрой является наиболее частым заболеванием аноректальной области и самым частым поводом для направления пациентов в отделения колопроктологии и хирургии. По данным различных литературных и периодических медицинских источников, его распространенность колеблется от 11 до 24% среди взрослого, в основном трудоспособного населения [1, 2, 3, 5]. Исторические данные достоверно указывают на факт, что данное заболевание сопровождает человечество с древнейших времён. В Древней Руси болезнь называли почечуй [2, 4]. В. Даль в своём толковом словаре довольно подробно описал её: «Общая, при нашем роде жизни (больше мужская) болезнь, от застоя крови в проходной кишке» [4].

Геморрой проявляется в виде двух основных синдромов – острого приступа и хронического течения заболевания. По существу, эти синдромы являются фазами одного и того же процесса [6].

Специфика заболевания, психологический фактор и страх перед обследованием и операцией и некоторые другие факторы в большинстве случаев отсрочивают обращение пациентов к специалисту. Хотя в последние годы, благодаря профилактической работе, онкологической настороженности и, в том числе, появления большого количества частных клиник и медицинских центров, прослеживается тенденция к увеличению количества обращений к специалистам-проктологам [5, 7].

Несмотря на огромный диапазон имеющихся методов консервативного лечения, малоинвазивных вмешательств и способов хирургической коррекции, вопрос о выборе метода лечения и тактике ведения больного остаётся актуальным и дискуссионным.

Цель. Обзор и анализ имеющейся информации по результатам лечения пациентов геморроя на разных стадиях различными способами. Оценка течения послеоперационного периода и результатов лечения геморроя методом вакуум-аспирационного ли-

гирования внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами и классической открытой геморроидэктомии по Миллигану–Моргану.

Материалы и методы. Для оценки результатов лечения геморроя различными методами были проработаны и использованы материалы медицинской литературы, Интернет-источников, а также собственная информация, полученная во время полугодовой стажировки в Госпитале Святого Марка (Лондон, Великобритания).

Для анализа и оценки течения послеоперационного периода и результатов лечения больных было отобрано две группы пациентов с хроническим комбинированным геморроем II–III стадий.

Пациенты первой группы были оперированы традиционным методом открытой геморроидэктомии по Миллигану–Моргану на базе проктологического отделения УЗ «ГОКБ» г. Гродно.

Второй группе пациентов выполнялось вакуум-аспирационное лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами в медицинском центре «Седьмое небо» г. Гродно.

Послеоперационное течение оценивалось по выраженности болевого синдрома с применением числовой ранговой 10-балльной шкалы, числу осложнений и продолжительности лечения, а также анализировался косметический эффект после операции.

Результаты. В послеоперационном периоде обе методики имели одинаковое количество осложнений в виде кровотечения. Болевой синдром был значительно менее выражен при лигировании латексными кольцами, период госпитализации и временной нетрудоспособности при геморроидэктомии по экономической целесообразности и переносимости пациентами менее удобен, чем кратность процедур лигирования (обычно проводилось 2 или 3 процедуры лигирования).

Полученные данные соответствуют данным, приводимым в мировой литературе.

Заключение. Анализируя предварительные результаты лечения данной группы пациентов, страдающих различными стадиями геморроя, установлено, что использование методик лигирования внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами при данной патологии может вполне конкурировать с классическими методами хирургического лечения, а также является более экономически целесообразным и лучше переносится пациентами.

Литературные ссылки

1. Генри, М, Свош, М. Колопроктология и тазовое дно. – М.: Медицина. – 1988. – С. 98–117.
2. Дацун, И.Г., Мельман, Е.Л. Роль гломусных шунтов аноректальных кавернозных телец в механизме развития геморроя. – Арх. патологии. – 1992, 54(8): 28–31.
3. Капуллер, Л.Л., Ривкин, В.Л. Геморрой: патогенез, клиника, лечение. – М.: Медицина. – 1976. – 276 с.
4. Ривкин, В.Л., Капуллер, Л.Л., Дульцев, Ю.В. Геморрой и другие заболевания анального канала и промежности. – М, 1994. – 128 с.
5. Bruce G. Wolff, James W. Fleshman, The ASCRS Textbook of colon and anal surgery. – 2007. – PP.156–178.
6. Connann M. Anus (S-rectum surgery. USA, Philadelphia, Haemorrhoids. – 1994. – PP. 54–115.
7. Parks AG. The surgical treatment of haemorrhoids. Brit] Surg. – 1956; 43: 37–46.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Батвинков Н.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Лечение больных рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков является актуальной проблемой хирургии. Это обусловлено значительным увеличением количества операций на желчевыводящих путях. При этом нередко их стали выполнять хирурги недостаточно высокой квалификации, при отсутствии возможности проведения интраоперационного рентгенотелевизионного исследования, что привело к увеличению частоты ятрогенных повреждений желчных протоков с последующим развитием их стриктуры. Кроме того, в настоящее время холецистэктомии выполняются преимущественно лапароскопическим способом, при котором указанное выше отмечается чаще 0,2–0,8%, чем при использовании лапаротомного доступа (0,1–0,5%) [3]. Важно также отметить, что при лапароскопической холеци-