

Сравнительная характеристика малоинвазивных методов лечения геморроидальной болезни

Главный врач, заслуженный врач РФ, к.м.н. Суворов Е.Г. (1)

д.м.н, профессор Дубров В.Э. (2)

Куктенко А. В. (3)

д.м.н, доцент Вередченко В. А. (4)

1,3) Тула, 2,4) Москва,

1,3) «НУЗ ОБ на станции Тула ОАО» «РЖД»,

2,4) Кафедра общей и специализированной хирургии факультета фундаментальной медицины МГУ им. Ломоносова

В работе проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов трансанальной дезартеризации геморроидальных узлов под доплерконтролем с мукопексией и лифтингом и латексного лигирования геморроидальных узлов и выявлен наиболее эффективный малоинвазивный методы лечения геморроя, основываясь на результатах нашего исследования.

Введение: несомненно, стандартом радикального лечения геморроидальной болезни в РФ является геморроидэктомия по Милигану-Моргану. Однако при этом методе лечения пациенты отмечают снижение качества жизни за счет болевого синдрома, потеря трудоспособности может составлять до 1,5 месяцев.

Поэтому за последние десятилетия получили распространение альтернативные малоинвазивные методики лечения геморроидальной болезни, такие как, инфракрасная фотокоагуляция геморроидальных узлов, склеротерапия, лигирование латексными кольцами, лигирование геморроидальных сосудов под контролем доплерометрии и др., так как в современных условиях жизни социума стали актуальными вопросы о сроках реабилитации, качестве жизни и возвращении к нормальной трудовой деятельности пациентов.

В настоящее время в РФ существует два основных направления малоинвазивного лечения геморроя: первое – направленное на деструкцию кавернозной ткани геморроидальных узлов, и второе – направленное на снижение кровотока по геморроидальным артериям. Исходя из нашего опыта, и на основе ретроспективного анализа, мы решили провести сравнительный анализ между двумя, по нашему мнению оптимальными малоинвазивными методами лечения геморроя, латексным лигированием геморроидальных узлов и трансанальной дезартеризацией геморроидальных узлов под доплерконтролем.

Цель данного исследования – сравнить непосредственные и отдаленные результаты трансанальной дезартеризации геморроидальных узлов под доплерконтролем с мукопексией и лифтингом и латексного лигирования геморроидальных узлов и попытка выявить наиболее эффективный малоинвазивный методы лечения геморроя, основываясь на результатах нашего исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:

Наше исследование, основано в наблюдении за 470 пролеченных больными с II – IV стадиями геморроя и ретроспективном анализе за период с 2008г.

102 (21,7%) пациента с II – IV стадии заболевания, была выполнена трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой ЭХО локации, они составили I группу.

368 (78,2%) пациентам с II стадией заболевания, было выполнено латексное лигирование

геморроидальных узлов, они составили II группу.

Сравнение проводилось по следующим критериям:

- 1) продолжительность операции;
- 2) болевой синдром;
- 3) послеоперационный койко-день;
- 4) Послеоперационные осложнения.

Всем пациентам I группы операции выполнялись с использованием аппарата компании А.М.И.® (Австрия) и специальной насадки RAR-2013 для выполнения мукопексии и лифтинга слизистой.

Пациентам II группы выполнялось латексное легирование геморроидальных узлов с использованием вакуумного лигатора Karl Storz.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ:

У пациентов первой группы (102) болевой синдром полностью отсутствовал, в отдельных случаях, в первый день пациенты отмечали дискомфорт, за счет турунды с мазью «Левомеколь» установленной в прямую кишку. У 2 больных (1,9%) потребовалось дополнительное латексное легирование 1 внутреннего геморроидального узла через 6 мес.

Время операции составило 25 мин \pm 4 мин.

Возвращение к трудовой деятельности 1,90 \pm 2,41 дня.

Осложнений после операции не отмечено. Рецидива заболевания не наблюдался.

Во второй группе больных (368) первые двое суток отмечались: чувство дискомфорта, умеренно выраженный болевой синдром, чувство инородного тела в анальном канале.

В 10 случаях (2,7%) болевой синдром был выражен, настолько, что потребовалось внутримышечного введения анальгетика (Кетанов).

У 1 пациента (0,3%) на 3 сутки в связи с ранним отхождением латексного кольца (нарушение рекомендованного режима) возникло кровотечение, что потребовало трансанальной дезартеризации питающей артерии под ЭХО контролем.

Время операции составило 5 мин \pm 2 мин.

Все больные оставались трудоспособны.

Рецидива заболевания не наблюдалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Исходя из анализа наших данных, мы считаем, что трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов под доплерконтролем с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки эффективная альтернатива стандартной геморроидэктомии и латексному лигированию и отвечает всем требованиям малоинвазивного лечения геморроидальных узлов и эффективна на всех стадиях заболевания, так как воздействует на патогенетические факторы развития заболевания, прекращая патологический приток крови к геморроидальному узлу, восстанавливает нормальную анатомию анального канала, не нарушая качества жизни пациентов в виду отсутствия болевого синдрома. А так же этот метод применим у больных как способ радикальной остановки геморроидальных кровотечений на высоте.

Добавлен 31.12.2010