

Э. Б. АКОПЯН, Л. У. НАЗАРОВ, С. Г. БАГДАСАРЯН
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДВУХ МЕТОДОВ
 ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ**

Приведено описание нового способа геморроидэктомии. Показано, что новый способ в три раза уменьшает количество послеоперационных осложнений и на 9,2 дня сокращает сроки выздоровления больных.

В настоящее время известны многочисленные способы консервативного и хирургического лечения геморроя. По данным В. Д. Федорова с соавт. [5], примерно у 30% больных консервативное лечение дает только временный эффект. При упорных, обильных кровотечениях, при выпадении, частых тромбозах и воспалениях геморроидальных узлов показано хирургическое вмешательство.

Среди известных (более 300) способов операций при геморрое в нашей стране наибольшее распространение получила геморроидэктомия с восстановлением слизистой оболочки анального канала и сохранением культи [1]. Широкое практическое внедрение данного вмешательства объясняется тем, что оно патогенетически обосновано и дает, по сравнению с другими методами, наименьшее число осложнений и рецидивов. Однако и после этой операции нередко наблюдаются различные осложнения: сильный болевой синдром, кровотечения из прямой кишки, нагноение ран с расхождением кетгутовых швов, рубцовые деформации и стриктуры анального канала, температурная реакция и задержка мочеиспускания. Основываясь на опыте лечения более 2000 больных геморроем и проанализировав причины возникновения осложнений после геморроидэктомии с восстановлением слизистой оболочки анального канала и сохранением культи, мы пришли к выводу, что боли в заднем проходе в основном связаны с оставлением культи внутренних геморроидальных узлов. При перевязке основания внутренних геморроидальных узлов ущемляются нервные окончания, возникает неврит, что является причиной послеоперационных болевых ощущений, продолжающихся иногда в течение нескольких месяцев после операции. Кроме того, культи внутренних геморроидальных узлов, некротизируясь, приводят к развитию воспалительного процесса, что способствует усилению болевых ощущений и повышению температуры тела. Причиной кровотечения из прямой кишки чаще всего является преждевременное отпадение лигатуры, наложенной на культю узла.

Частым осложнением в послеоперационном периоде является нагноение ран с расхождением кетгутовых швов. Незащищенные от воздействия кишечной микрофлоры раны анального канала часто инфицируются, и это, в свою очередь, предопределяет болевые ощущения, выделения крови из кишки и температурную реакцию. В отдаленные сроки в анальном канале нередко образуются грубые, болезненные рубцы, в ряде случаев приводящие к стриктуре заднего прохода. Замечено, что чаще указанное осложнение возникает в тех случаях, когда при ушивании слизистой оболочки анального канала и периаанальной кожи используются грубые хирургические иглы и толстый шовный материал.

Наблюдающаяся у ряда больных в послеоперационном периоде задержка мочеиспускания возникает вследствие тугой тампонады прямой кишки или же в результате развития воспалительного процесса в ране и возникновения выраженного спазма мышц сфинктера.

С целью профилактики имеющих место осложнений и улучшения субъективного состояния больных в послеоперационном периоде нами усовершенствован способ геморроидэктомии.

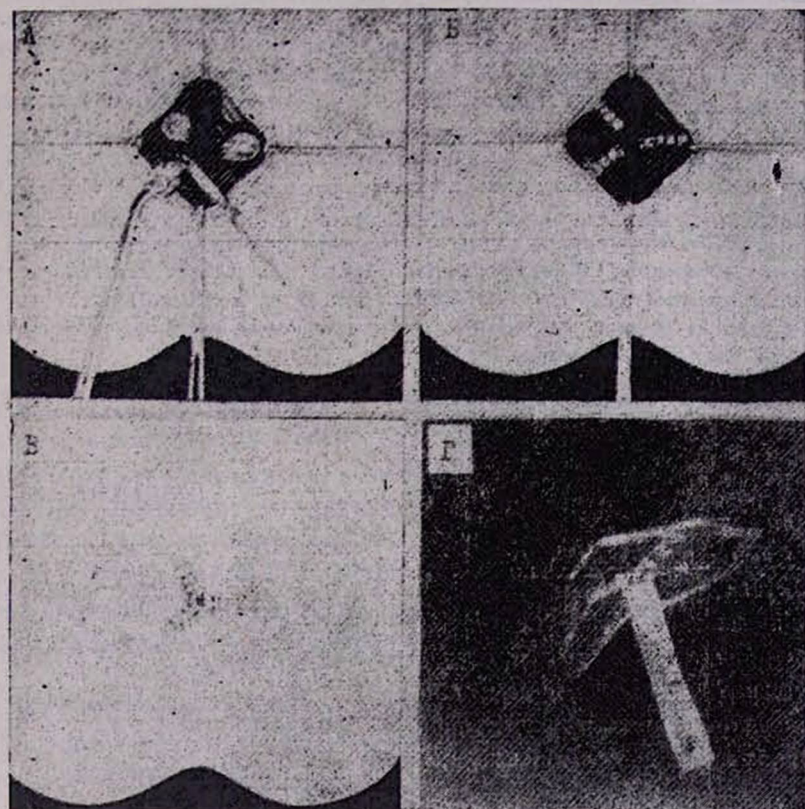


Рис. А. Иссечение внутреннего геморроидального узла на 7 часах по циферблату часов. Б. Вид ран после иссечения внутренних геморроидальных узлов. В. Окончательный вид операции. Г. Устройство из полимерной пленки «Диплен».

Учитывая объективные показатели функции сфинктера, мы при ее нормальных величинах и, в особенности, при спазме жома операцию начинали с дивульсии сфинктера по Рекамье. В случаях пониженной функции анального жома, в частности, у больных пожилого и старческого возраста дивульсию не производили. Анальное отверстие расширяли 4 клеммами Алиса. Внутренний геморроидальный узел на 7 часах захватывали зажимом Люера и у основания узла атравматической иглой накладывали кетгутовый шов № 00. Узел поэтапно изнутри наружу иссекали и ушивали кетгутом без оставления культи (рис. А). Аналогичным образом иссекали внутренние геморроидальные узлы на 3 и II часах (рис. Б). Наружные геморроидальные узлы иссекали также поэтапно

изнутри кнаружи и ушивали кетгутом № 0000 атравматической иглой (рис. В).

Для предупреждения инфицирования ран анального канала и перианальной области их покрывали устройством из полимерной пленки «Диплен» (положительное решение о выдаче авторского свидетельства—заявка № 4219382/28—14/028341 от 18.06.87 г.), которое имеет вид полого усеченного конуса с фланцем круглой формы (рис. Г).

Полимерная пленка «Диплен» двухслойная, самоклеющаяся, эластичная, биосовместимая, нетоксичная, тепло- и морозоустойчивая, воздухопроницаемая. Толщина пленки 0,01—0,02 мм, прозрачность ее позволяет следить за ходом заживления раны. Пленка состоит из двух совмещенных слоев. Гидрофильный слой отливается из водного раствора производного поливинилового спирта, частично омыленного поливинилацетата, включающего 10—40% растворов ацетатных групп (разрешен МЗ РСФСР для применения в пищевой промышленности) и полиэтиленгликоля молярной массой 1000—1500 (применяется в медицинской практике приказом МЗ СССР от 24. 10. 1969 г.). Гидрофобный слой отливается из спиртового раствора поливинилбутироля (ГОСТ 9439—73) или поли-2 оксиэтилметакрилата, который является биомедицинским материалом. Пластификатором служит твин-20 или 21 (применяется в медицинской практике приказом МЗ СССР за № 761 от 24. 10. 1970 г.).

Устройство из пленки упаковывали в полиэтиленовый пакет, стерилизовали радиационным или ультрафиолетовым облучением.

С помощью тупфера аккуратно разглаживали пленку, добиваясь плотного прилипания к раневой поверхности. В завершение операции на промежность накладывали марлевую повязку, которую фиксировали с помощью трупов из эластичного медицинского трубчатого бинта № 8. Перевязки производили ежедневно. Полимерная пленка прикрывала раневую поверхность в течение 2—3 дней. Обычно к этому времени края слизистой оболочки срастаются, и опасность инфицирования раны значительно уменьшается. При необходимости пленку можно ввести в кишку повторно.

С целью сравнения результатов геморроидэктомии с восстановлением слизистой оболочки анального канала и нашей модификации взяты две идентичные группы больных, лечившихся в один и тот же период в отделении общей проктологии института. В первую группу входили больные, оперированные методом геморроидэктомии с восстановлением слизистой оболочки анального канала, с сохранением культи узлов, а во вторую—больные, оперированные в нашей модификации. Состав больных по полу и возрасту приведен в табл. 1.

Показаниями к геморроидэктомии в обеих группах считали выпадение узлов и частые кровотечения. В I группе выпадение узлов было у 61 (50, 0%), а во II—у 89 (61, 0%) больных. У остальных пациентов геморрой проявлялся обильными выделениями крови из прямой кишки.

Ближайшие результаты геморроидэктомии, произведенной по двум методикам, приведены в табл. 2. Следует отметить, что при изучении результатов лечения мы учитывали даже те послеоперационные осложнения, которые, на первый взгляд, не влияют на исход хирургического вмешательства. Такой подход обусловлен тем, что для повышения качества лечения и сокращения сроков выздоровления больных ликвидация даже невыраженных осложнений играет определенную роль.

Таблица 1

Состав больных по полу и возрасту, оперированных двумя методами геморроидэктомии

Возраст	Пол	Число больных I гр.	Всего	Число больных II гр.	Всего
До 19 лет	муж.	1	3	1	3
	жен.	2		2	
20—29 лет	муж.	21	23	24	25
	жен.	2		1	
30—39 лет	муж.	30	41	46	60
	жен.	11		14	
40—49 лет	муж.	25	30	30	38
	жен.	5		8	
50—59 лет	муж.	17	21	12	16
	жен.	4		4	
Старше 60	муж.	2	4	4	6
	жен.	2		2	
Итого		122		146	

Таблица 2

Ближайшие результаты геморроидэктомии

Осложнения	Методика операции			
	с восстанов. слизистой оболочки		в нашей модификации	
	абс.	%	абс.	%
Кровотечение	4	3,3	1	0,7
Выраженный болевой синдром	27	22,1	8	5,5
Температурная реакция	5	4,1	3	2,0
Перианальный отек	10	8,2	5	3,4
Нагноение раны с расхожд. швов	18	14,8	2	1,4
Задержка мочеиспускания	8	6,6	4	2,7
Всего	72	59,0	23	15,8

Данные таблицы свидетельствуют о том, что модифицированный нами способ операции в 3 раза уменьшает число послеоперационных осложнений. Средний срок стационарного лечения больных I группы составил 13,9, а II—10,3 дня.

Отдаленные результаты лечения в сроки от 6 месяцев до 1,5 года изучены у 102 (83, 6%) больных, оперированных методом геморроидэктомии с восстановлением слизистой оболочки анального канала в модификации НИИ проктологии МЗ РСФСР и у 107 (73, 3%) больных, подвергшихся хирургическому вмешательству по нашему способу. Количество и характер послеоперационных осложнений приведены в табл. 3.

Средний срок амбулаторного лечения больных I группы составил 22,3, а II—16,7 дня.

Таким образом, сравнительная оценка методов геморроидэктомии с восстановлением слизистой оболочки анального канала с сохранением

культей узлов и в нашей модификации показала определенные преимущества последней. Выполнение геморроидэктомии без оставления культей внутренних узлов, применение тонкого шовного материала на атравматических иглах, использование полимерной пленки для защиты ран

Таблица 3

Отдаленные результаты геморроидэктомий

О с л о ж н е н и е	Методика операции			
	с восстановлением слизистой оболочки		в нашей модификации	
	абс.	%	абс.	%
Боли при дефекации	4	3,9	1	0,9
Грубый, болезнен. рубец анального канала	2	1,9	—	—
Периодическое выделение крови из прямой кишки во время дефекации	5	4,9	1	0,9
Стриктура анального канала	1	0,9	—	—
Стриктура анального отверстия	1	0,9	—	—
Неполноценное удержание газов	16	15,6	13	12,1
Рецидив геморроя	—	—	—	—
В с е г о	29	28,4	15	14,0

Средний срок амбулаторного лечения больных I группы составил 22,3, а II—16,7. дня.

от инфицирования обеспечивает относительно безболезненное течение послеоперационного периода, уменьшает количество осложнений и на 9,2 дня сокращает сроки выздоровления больных.

НИИ проктологии
МЗ АрмССР

Поступила 15/I 1988 г.

Է. Ք. ՆԱԿՈՐՅԱՆ, Լ. Հ. ՆԱԶԱՐԱՆԿ, Ս. Գ. ԲԱՂԴԱՍՏԱՐՅԱՆ

ՀԵՄՈՐՈԻԴԵԿՏՈՄԻԱՅԻ ԵՐԿՈՒ ԶԵՎԵՐԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ ԱՐԺԵՔԸ

Մեր երկրում թուֆքի վիրաբուժական բուժման ամենատարածված եղանակը հեմոռոիդէկտոմիան է հետանցքի լորձաթաղանթի վերականգնումով: Այն ստացել է պրակտիկ ներդրում, քանի որ պաթոգենետիկ տեսակետից հիմնավորված է և համեմատած մյուս եղանակների հետ տալիս է ամենաքիչ թվով բարդություններ և կրկնումներ: Սակայն այս մեթոդից հետո էլ լինում են զանազան հետվիրահատական բարդություններ: Մշակված է թուֆքի վիրաբուժական բուժման նոր եղանակ, որի հիմքում ընկած է ներքին հանգույցների հեռացումը առանց մնացորդների, վերքերի կարումը նուրբ թելերով և նրանց պատելը պոլիմերային կաշող թաղանթից պատրաստված հարմարանքով: Նշված մեթոդների համեմատությունը ցույց է տալիս, որ նոր եղանակը 3 անգամ պակասեցնում է հետվիրահատական բարդությունները և 9,2 օրով կրճատում է հիվանդների ապաքինման ժամկետը:

E. B. AKOPIAN, L. H. NAZAROV, S. G. BAGHDASSARIAN
COMPARATIVE EVALUATION OF TWO METHODS OF
HEMORRHOIDECTOMY

The new method of hemorrhoidectomy is described. It is shown that this method decreases in three times the quantity of postoperative complications and shortens on 9,2 days the terms of the patients' recovery.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л. Геморрой. М., 1985.
2. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В., Богуславский Л. С., Саламов К. Н., Анистарова Н. Ф. Хирургия, 1979, 8, с. 66.

УДК 616.348—073.96

К. А. САРКИСЯН, М. Н. НАДЖАРЯН, Д. И. ЭЛОЯН, Н. Л. ГРИГОРЯН,
М. В. АРУТЮНЯН, Н. Л. ЭКИМЯН

ФОНОПУНКТУРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Изучена эффективность ультразвука при воздействии на акупунктурные точки (фонопунктура) у больных с функциональными заболеваниями толстой кишки.

Установлено, что фонопунктура является весьма эффективным методом лечения синдрома раздраженной толстой кишки, позволяющим безболезненным и неинвазивным путем воздействовать на заинтересованные биологически активные точки. Указывается также на простоту и доступность методики фонопунктуры.

В последние десятилетия отмечается рост функциональных заболеваний толстой кишки. Синдром раздраженной толстой кишки (СРТК) встречается у 50—70% гастроэнтерологических больных [1, 2]. У 70—80% больных СРТК выявляются всевозможные невротические расстройства, проявляющиеся повышенной нервно-эмоциональной реактивностью, тревожностью, склонностью к депрессии [3, 5], в связи с чем в последнее время СРТК расценивается как один из психовегетативных синдромов в общем ряду психологических заболеваний.

Недостаточная эффективность традиционных методов лечения этого заболевания, увеличение числа аллергических реакций при фармакотерапии обуславливают актуальность поиска новых методов лечения СРТК. Известен положительный опыт применения иглотерапии в практике лечения функциональных заболеваний толстой кишки. Однако инвазивность этого метода, болезненные реакции, сопровождающие введение игл, из-за общей гиперестезии и гипералгезии [4] побудили нас апробировать метод воздействия на биологически активные точки (БАТ) ультразвуком, основываясь на данных Л. Р. Гаврилова с соавт. [1] об активизирующем действии ультразвука на рецепторный аппарат сенсорных систем человека с реализацией резервных возможностей организма.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния фонопунктуры на течение СРТК в сравнительном аспекте с иглотерапией.