

СИМУЛЬТАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ И ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА «ОДНОГО ДНЯ»

*Белик Б.М.¹, Ковалев А.Н.^{1,2}, Скорляков В.В.¹, Бабиев В.Ф.¹,
Ефанов С.Ю.¹, Родаков А.В.¹*

¹*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону;*

²*«Международный медицинский центр «УРО-ПРО», г. Краснодар, Россия*

Введение. Среди пациентов, обратившихся к колопроктологу, сочетанные заболевания анального канала составляют 20-30%, при этом отмечается тенденция к неуклонному увеличению их количества. Диагностика и выбор оптимального метода лечения сочетанных заболеваний анального канала представляют сложную и еще недостаточно изученную проблему.

Геморрой и анальная трещина по-прежнему являются самой распространенной патологией среди проктологических заболеваний и по обращаемости занимают, соответственно, первое и второе-третье место. При этом комбинация хронического геморроя и анальной трещины выявляется у 55-70% пациентов колопроктологического профиля.

При выявлении у пациента сочетанной патологии анального канала у врача-проктолога неизбежно возникает вопрос о выборе оптимальной хирургической тактики: провести одномоментное оперативное лечение сочетанных заболеваний или разделить хирургическое пособие на два последовательных этапа. Сдерживающими моментами при выборе одномоментного варианта хирургического лечения анальной трещины и геморроя являются увеличение интенсивности боли в послеоперационном периоде и времени заживления ран анального канала, а также повышение риска развития послеоперационных осложнений (кровотечение, инконтиненция, стенозы, инфекционные раневые осложнения). В то же время выраженный болевой синдром и длительный период реабилитации после первого этапа хирургического лечения нередко становятся причиной отказа пациента от повторной операции на анальном канале. Таким образом, выбор оптимального варианта хирургического лечения хронического геморроя в сочетании с анальной трещиной до настоящего времени остается актуальным как для пациентов, так и для хирургов-проктологов.

Появление нового поколения малоинвазивных методов хирургического лечения геморроя и анальной трещины, вошедшего в клиническую практику в последние годы, позволило во многом пересмотреть возможности выполнения симультанных операций у больных с сочетанной патологией анального канала, в том числе в амбулаторных условиях или в стационаре «одного дня».

Цель исследования: оценить клиническую эффективность применения симультанных оперативных вмешательств у пациентов с анальной трещиной в сочетании с хроническим геморроем в условиях стационара «одного дня».

Материалы и методы. Проведен ретроспективный сравнительный анализ результатов лечения 218 пациентов с хронической анальной трещиной и хроническим комбинированным геморроем II-IV стадии, находившихся на амбулаторном лечении (стационаре «одного дня») в ММЦ «УРО-ПРО» г. Краснодара в период с 2021 по 2023 гг. Мужчин было – 99 (45,4%), женщин – 119 (54,6%). Возраст больных варьировал от 19 до 72 лет (средний возраст – $44,5 \pm 5,7$ лет).

У 179 (82,1%) пациентов анальная трещина локализовалась на задней стенке прямой кишки и у 39 (17,9%) – на передней или боковой поверхности. У 110 (50,5%) пациентов имелась II стадия геморроидальной болезни, у 81 (37,2%) – III стадия и у 27 (12,4%) – IV стадия заболевания.

В зависимости от выбора способа оперативного лечения все пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, клинической характеристике анальной трещины и стадии геморроидальной болезни. I группу составили 110 пациентов, которым выполнялось хирургическое лечение анальной трещины без вмешательства на геморроидальных узлах. Во II группу были включены 108 пациентов, которым производили одномоментное симультанное хирургическое лечение анальной трещины и хронического геморроя. В обеих группах больных при лечении анальной трещины выполняли ее коагуляцию аппаратом «Metrum Cryoflex» или лазерную вапоризацию с помощью лазерного аппарата Mediola Compact MLD02. При необходимости дополнительно производили иссечение рубцовых краев слизистой оболочки радиохирургическим скальпелем «Сургитрон» или «Сурис». При этом пациентам дополнительно не выполняли дозированную боковую сфинктеротомию. Во II группе помимо хирургического вмешательства по поводу анальной трещины у 27 больных осуществляли высокочастотную абляцию геморроидальных узлов генератором для микроволновой абляции «Covidien Evident MWA Microwave Ablation System Generator and Evident Pump», у 23 - электрокоагуляцию внутренних и наружных геморроидальных узлов аппаратом «Valleylab FT10 Energy Platform», у 23 – аргоновую плазменную коагуляцию внутренних геморроидальных узлов аппаратом «Covidie Argon 4 Argon Plasma Coagulator». Еще у 37 пациентов II группы выполнена дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией (технология HAL-RAR) с помощью беспроводного проктоскопа «Trilogy». Контрольные осмотры пациентов проводились на 1, 3, 7, 10, 14, 21 и 28 сутки после операции, а также через 6 и 12 месяцев.

Оценку результатов лечения пациентов в исследуемых группах проводили по следующим критериям: интенсивность болевого синдрома (по нумерологической оценочной шкале, NRS: от 0 до 10 баллов), количество послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, сроки заживления

ран анального канала. Статистический анализ полученных данных был выполнен с использованием компьютерной программы Statistica 7.0 for Windows.

Результаты и обсуждение. Установлено, что интенсивность послеоперационного болевого синдрома в первые сутки после операции у пациентов I группы составила $3,8 \pm 1,2$ балла, у больных II группы - $4,1 \pm 1,1$ балла. При этом болевой синдром в значительной мере купировался у пациентов I группы на $3,8 \pm 1,1$ сутки, у пациентов II группы – на $4,5 \pm 1,2$ сутки. У большинства пациентов в обеих группах послеоперационный период протекал гладко, без особенностей. В I группе у 1 (0,9%) пациента отмечалось нагноение послеоперационной раны. Во II группе послеоперационные осложнения наблюдались у 2 (1,8%) пациентов, которым производились симультанные операции по поводу хронического геморроя IV стадии и хронической анальной трещины. У 1 больного после выполнения электрокоагуляции геморроидальных узлов развился острый подслизистый парапроктит. Еще у 1 пациента, которому была произведена аргоноплазменная коагуляция геморроидальных узлов, в раннем послеоперационном периоде отмечалось кровотечение. Сроки заживления послеоперационных ран анального канала у пациентов I группы составили $26,8 \pm 2,1$ суток, у больных II группы – $29,2 \pm 2,8$ суток. Рецидив анальной трещины в I группе отмечен у 3 (2,7%) пациентов, во II группе – у 2 (1,8%) больных. Рецидив геморроя наблюдался у 1 (0,9%) пациента II группы. Сравнительный анализ полученных нами данных показал, что по интенсивности болевого синдрома, срокам заживления послеоперационных ран анальной области, количеству послеоперационных осложнений и числу рецидивов заболевания обе исследуемые группы больных были вполне сопоставимы между собой, а имеющиеся различия были статистически незначимыми.

Выводы. Таким образом, современные хирургические технологии, применяемые для лечения хронической анальной трещины и хронического геморроя II-IV стадии являются одновременно малоинвазивными и достаточно радикальными, что позволяет их применять при выполнении симультанных операций у больных с сочетанными заболеваниями анального канала в амбулаторных условиях и в стационаре «одного дня». При этом полученные нами результаты симультанного хирургического лечения пациентов с анальной трещиной и геморроидальной болезнью II-IV стадии вполне сопоставимы с результатами, полученными при вмешательстве, выполняемом по поводу только одного заболевания анального канала.