

МЕТОДИКИ СНИЖЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

Гоман А.А., Мулица В.В., Гмир С.В.

*ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский
центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»*

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Распространенность геморроидальной болезни достигает 120-145 случаев на 1000 взрослого населения и в структуре доброкачественной патологии толстой кишки составляет около 35%. Большинство из пациентов - лица трудоспособного возраста. Женщины и мужчины страдают заболеванием одинаково часто.

Геморроидэктомия до сих пор остается «золотым стандартом» в лечении хронического геморроя II-IV стадии. Решение на операцию принимается пациентами непросто, что связано со страхом послеоперационного болевого синдрома. Его выраженность напрямую влияет на длительность и качество послеоперационной реабилитации.

Цель. Оценить эффективность принимаемых мер и лечебной тактики на выраженность болевого синдрома после геморроидэктомии.

Материалы и методы. Все операции по удалению геморроидальных узлов сопровождаются послеоперационной болью. Накопленный опыт позволил нам выделить комплекс лечебных мероприятий, направленных на уменьшение послеоперационного болевого синдрома. По времени эти мероприятия следует разделить на: предоперационные, интраоперационные, послеоперационные.

Предоперационные мероприятия: нормализация стула. Коррекцию нарушений стула в дооперационном периоде считаем краеугольным камнем успеха. Не устранив расстройство дефекации (запор, плотный стул, диарея), пациент обрекает себя на страдания после операции, что проявляется не только выраженным болевым синдромом, но и длительно незаживающими ранами ануса.

Во время операции: минимальное использование ректального зеркала, работа в слое, не использование тампонов, газоотводных трубок, прецизионная работа электрокоагулятором на малой мощности, отказ от ушивания раны анального канала (использование термостеплера, УЗ диссектора), инфильтрация перианальной области анестетиками длительного действия (бупивакаин 3Н), удаление только «симптомных» геморроидальных узлов. Хотелось бы обратить внимание на понятия «работа в слое» и «прецизионная работа электрокоагулятором на малой мощности». Удаление геморроидальных узлов

должно происходить с минимальной травматизацией окружающих тканей. Сфинктерный аппарат прямой кишки при операции не должен быть поврежден. Мощность электрокоагуляции должна быть достаточной для точечной остановки кровотечения и рассечения, не вызывая излишний ожог тканей.

После операции: подмывание прохладной водой несколько раз в день, использование мазей и свечей, содержащих анестетики и гормоны, использование нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) до акта дефекации, не дожидаясь боли, использование флеботоников, регуляция стула, ограничение физической нагрузки.

В группу изучения вошло 32 пациента (12 женщин и 20 мужчин). В возрасте от 21 до 65 лет с хроническим геморроем II-IV стадий, оперированных в проктологическом отделении ГУ «432 ГВКМЦ». Главным условием включения пациента в группу изучения - выполнение вышеуказанного комплекса мероприятий. Наблюдение длилось 1 месяц после проведения оперативного лечения.

Для оценки степени и интенсивности болевого синдрома использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). По числовой шкале пациенту предлагалось определить интенсивность боли в баллах от 0 до 10 (0 – нет боли; 10 – невыносимая боль).

Результаты. Средняя продолжительность стационарного периода равнялась $3 \pm 0,8$ дня. Послеоперационных осложнений зарегистрировано не было. Наркотические анальгетики пациентам не назначались. В ближайший послеоперационный период и 1 день после оперативного лечения интенсивность болевого синдрома составила 1-3 (среднее значение 2,1) по ВАШ. Во 2-7 дни - 4-6 (среднее значение 4,9), 8-15 сутки – 2-4 (среднее значение 2,8), 15-30 сутки – 0-1 (среднее значение 0,7).

Следует отметить, что более выраженный болевой синдром был у мужчин молодого возраста (21-45 лет). Более низкий болевой синдром отмечался у женщин старше 50 лет. Абсолютно все пациенты отметили связь болевого синдрома с актом дефекации.

Выводы. Хронический геморрой – распространенное, социально значимое заболевание, требующее совершенствования методов лечения. Послеоперационная боль является двигателем прогресса в хирургии геморроидальной болезни.

Предложенные лечебные мероприятия и техника оперативного лечения достаточно эффективно снижают интенсивность послеоперационного болевого синдрома. Дооперационная нормализация стула является недооцененным методом подготовки к лечению.

Использование НПВС до акта дефекации, не дожидаясь боли, использование мазей и свечей с анестетиками и гормонами, гигиена анальной области несколько раз в день - важные элементы снижения болевого синдрома после операции.