

МУКОПЕКСИЯ С МАНУАЛЬНОЙ ШОВНОЙ ДЕАРТЕРИАЛИЗАЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ II-III СТАДИИ

*¹Гаин М.Ю., ¹Шахрай С.В., ²Коленченко С.А., ²Груша В.В., ²Коробов А.А.,
²Коробова Д.И., ²Линкевич А.Ю., ¹Гаин Ю.М.*

*¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь*

²УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минск, Республика Беларусь

Введение. В мировой проктологической практике существует множество малоинвазивных хирургических методов лечения хронического геморроя. Одним из таких популярных методов является предложенный ещё в 1995 году японскими проктологами метод доплер-контролируемой шовной деартериализации с мукопексией (DG-HAL-RAR). В научных публикациях последних лет отмечается экономическая обоснованность и высокая эффективность метода мукопексии и шовной деартериализации без использования эхоскопического доплеровского контроля (так называемой «мануальной» / «дигитальной» («пальцевой») шовной деартериализации и мукопексии - «Manual hemorrhoidorexy»). Метод основан на прошивании расположенных в подслизистом слое прямой кишки терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии в зонах их пульсации, определяемых при помощи пальпации указательным пальцем хирурга, а также формировании обвивного «якорного» шва вдоль оси внутренних геморроидальных узлов, что позволяет не только устранить патологический приток артериальной крови к геморроидальным узлам, но и эффективно ликвидировать пролапс. В отдельных клинических исследованиях последних лет отмечается, что такой метод деартериализации с мукопексией без ультразвукового контроля имеет высокую экономическую эффективность при схожей клинической эффективности с методом DG-HAL-RAR

Цель. Изучить результаты лечения пациентов с хроническим внутренним геморроем II-III стадии методом мануальной шовной деартериализации с мукопексией в сравнении с традиционным хирургическим методом лечения.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения пациентов в условиях хирургического отделения краткосрочного пребывания УЗ «11-я ГКБ» в 2013-2021 гг. в двух группах сравнения. В первую (контрольную) группу вошло 47 пациентов со II-III стадией хронического внутреннего геморроя (35 мужчин и 12 женщин, медианный возраст – 48 лет). Всем пациентам этой группы выполнена закрытая геморроидэктомия. Вторую

группу составили 49 пациентов со схожей патологией (36 мужчин и 13 женщин, медианный возраст 48 лет), которым произведена «мануальная» шовная деартериализация с мукопексией «якорным» обвивным швом. Для выполнения вмешательств использовался хирургический аноскоп и ректальное зеркало, нить со средней продолжительностью рассасывания (Дар-вин 2/0, игла колющая 1/2 окружности). Анестезия – спинальная.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных в ближайшем послеоперационном периоде показал преимущества метода «ручной» шовной деартериализации по сравнению с закрытой геморроидэктомией. Вмешательства не требовали использования мер дополнительного гемостаза, отсутствовала необходимость ушивания послеоперационных ран. В первые 3 суток после операции отмечались значительные различия в основной и контрольной группах со стороны болевого синдрома. У пациентов после геморроидэктомии полное купирование болевого синдрома происходило только после применения наркотических анальгетиков, кратность введения которых в первые сутки для обеспечения комфортного послеоперационного периода составляла от 4 до 6 раз ($M_e=5$). У 79% пациентов контрольной группы адекватный перевод с наркотической анальгезии на введение препарата «Кеторолак» осуществлён был на вторые сутки, у 21% - на третьи. В основной группе интенсивность болевого синдрома была существенно меньше в первые трое суток (в соответствии с унифицированной шкалой болевого синдрома и послеоперационного дискомфорта) ($p=0,00014$, Mann Whitney U-test) и не требовала применения наркотических анальгетиков (при этом в 98% случаев начиная со вторых суток в покое боли полностью отсутствовали). Динамика уменьшения болевого синдрома после дефекации показала статистически значимые различия между группами. К концу второй недели у всех пациентов после шовной деартериализации полностью отсутствовала болевая реакция. В контрольной группе динамика уменьшения индуцированных дефекацией болей имела замедленный характер с полным их исчезновением у всех пациентов только к 9 неделе наблюдения ($p=0,00006$, Mann Whitney U-test). Интенсивность послеоперационного болевого синдрома и наличие осложнений оказало влияние на медианную длительность пребывания пациентов контрольной группы в стационаре, что составило 7 койко/дня (против 2 койко/дней в группе после шовной деартеризации; $p=0,000124$, Mann Whitney U-test). Медиана длительности временной нетрудоспособности после геморроидэктомии составила 18 дней, что более чем в 3 раза больше, чем в основной группе ($p=0,0000281$, Mann Whitney U-test).

У 2 пациентов (4,08%) основной группы через 6 мес. после операции имел место частичный рецидив геморроидального кровотечения. Однако оба пациента

отмечали значительное уменьшение количества и кратности кровотечений после вмешательства в сравнении с состоянием до операции. Повторная шовная деартериализация у данных 2 пациентов была успешной и кровотечения полностью прекратились. 9 (19,15%) пациентов после геморроидэктомии через 3 месяца после операции отмечали дискомфортные ощущения при дефекации, у 1 (2,13%) был отмечен рецидив геморроидальных кровотечений в течение 1 года наблюдения.

Выводы. «Мануальная» (ручная) шовная деартериализация является менее инвазивным и менее травматичным способом лечения хронического внутреннего геморроя II-III стадии в сравнении с традиционно применяемой закрытой геморроидэктомией.