

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО УЗЛА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Коротченя О.Г., Рудько С.С.

УЗ «Любанская центральная районная больница»

PRACTICAL EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE THROMBOSIS OF THE HEMORRHOIDAL NODE IN OUTPATIENT HOSPITALS

Korotchenya O.G., Rudko S.S.

Healthcare Institution «Luban central regional hospital»

Введение: геморрой является одним из самых распространенных заболеваний и частой причиной обращения к врачу хирургу/проктологу на амбулаторном этапе. Отмечается тенденция роста заболеваемости среди молодого трудоспособного населения ввиду социальных причин (гиподинамия, вынужденное длительное сидение за компьютером или за рулем автомобиля, что сопровождается постоянным застоем кровообращения органов малого таза; или же наоборот, при чрезмерных физических нагрузках с развитием дистрофических изменений в связочном аппарате геморроидальных узлов).

Острый тромбоз геморроидального узла при отсутствии адекватного своевременного лечения может спровоцировать переход воспалительного процесса на параректальную клетчатку с развитием парапроктита с его возможными осложнениями вплоть до сепсиса.

Цель: представить клинические случаи пациентов с острым тромбозом геморроидальных узлов, описать практический опыт малоинвазивного хирургического лечения на амбулаторном этапе с оценкой эффективности по сравнению с консервативным лечением и длительности временной нетрудоспособности.

Материалы и методы: проанализирован клинический материал, полученный при амбулаторном лечении и дальнейшем наблюдении пациентов трудоспособного возраста с острым тромбозом геморроидальных узлов, находившихся на амбулаторном лечении у хирурга УЗ «Любанская ЦРБ».

Результаты и обсуждения: для данной работы были проанализированы клинические случаи восьми пациентов, находящихся на амбулаторном лечении, трудоспособного возраста (средний возраст – 39,5 лет): 5 мужчин и 3 женщин. Из них четверо велись консервативно, и четверым выполнялось хирургическое лечение. Диагностика всех этих пациентов заключалась в сборе жалоб, анамнеза заболевания, выполнения физикального обследования: осмотра перианальной области и пальцевого ректального исследования; а также лабораторное исследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (включая

глюкозу крови и С-реактивный белок); серологическое исследование на маркеры сифилиса методом иммуноферментного анализа и определение показателей свертывания крови (АЧТВ, D-димеры, МНО, фибриноген). При сборе анамнеза акцентировалось внимание на наличие или отсутствие кишечной симптоматики, факта выполненного обследования (колоноскопии) с целью исключения онкологических или воспалительных заболеваний толстой кишки; а также выявлялись этиологические факторы возникновения данной проблемы: тяжелый физический труд (у 4 пациентов из 8), сидячий образ жизни, злоупотребление алкоголем (3 пациента из 8) и частые запоры без наличия образований толстой кишки (1 пациент из 8).

У всех пациентов преобладали жалобы на острую боль в перианальной области, усиливающуюся при движении и в сидячем положении, с наличием болезненного уплотнения в области анального отверстия. При осмотре это подтверждалось визуализацией наружного геморроидального узла синюшного цвета плотной консистенции, резко болезненного при пальпации, с наличием или без эрозии слизистой оболочки в области узла.

Консервативное лечение пациентов с острым геморроем характеризуется назначением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) местного и системного действия для купирования болевого синдрома, антикоагулянтов местного действия (гепарин) в виде мазей, а также системных флеботонических препаратов, содержащих МОФФ, диосмин, гесперидин, рутозиды и др. флавоноиды. Также обязательными рекомендациями являются гигиена перианальной области, исключение физических нагрузок, нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта и устранение запоров с помощью потребления адекватного количества жидкости и пищевых волокон.

Амбулаторные пациенты с острым геморроем, в т.ч. с тромбозом геморроидальных узлов, которым назначено медикаментозное лечение, находились на амбулаторном лечении в среднем 10-12 дней, большинство из них – на листе нетрудоспособности. В некоторых случаях при неэффективности амбулаторного лечения пациентам назначается госпитализация в хирургический стационар.

С целью ускорить выздоровление пациентов, повысить эффективность лечения, снизить длительность временной нетрудоспособности нами решено выполнить в амбулаторных условиях тромбэктомию из наружного геморроидального узла четырем пациентам, обратившимся после 3-5 дней от начала заболевания.

Под местной анестезией (Лидокаин 2%) инсулиновым шприцом в область основания наружного геморроидального узла после обработки антисептиком точечно скальпелем выполняется разрез на поверхности геморроидального узла. Последний опорожняется от тромботических масс. После выполненной тромбэктомии спавшийся геморроидальный узел прошивается в области основания для исключения осложнений в виде

кровотечения. Выполняется обработка антисептиками, накладывается асептическая повязка.

Данный метод оперативного занимает занимает в среднем не более 10 минут. В послеоперационном периоде назначается применение системным НПВП при необходимости (ибупрофен, нимесулид, кеторолак), продолжение приема флеботоников.

После выполненного вмешательства все четверо практически сразу отмечали значительное уменьшение болевого синдрома, отсутствие болезненного уплотнения в перианальной области, а также улучшение общего состояния. Через 1-2 дня данные пациенты не предъявляли никаких жалоб. При осмотре отмечались спавшиеся наружные геморроидальные узлы и отсутствие признаков воспалительного процесса в перианальной области, что являлось основанием для закрытия листа нетрудоспособности. Данным пациентом давались рекомендации по профилактике обострений геморроя, а также рекомендации по дальнейшему обследованию для радикального хирургического лечения в плановом порядке.

На контрольном осмотре через месяц у вышеописанных пациентов наружные геморроидальные узлы после выполненной тромбэктомии уменьшались в размерах, признаков воспаления не наблюдалось. Рецидивов в наблюдаемый период также не возникало.

Вывод: своевременное малоинвазивное хирургическое лечение в виде тромбэктомии из геморроидальных узлов с дальнейшим их прошиванием наряду с адекватной медикаментозной терапией предотвращает развитие осложнений в виде распространения воспалительного процесса на параректальную клетчатку и значительно сокращает сроки амбулаторного лечения и реабилитации пациента, что характеризуется снижением длительности временной нетрудоспособности (1-3 дня в сравнении с 10-12 днями при консервативном лечении) и улучшением общего самочувствия пациента в кратчайшие сроки. Также на практике установлено, что эффективность вышеописанной операции отмечается не только в первые сутки, однако и через 3-5 дней с момента начала заболевания.

Кроме того, данный этап лечения может выполняться амбулаторно, сокращая нагрузку на хирургический стационар.