Шахрай С.В., Гаин М.Ю.
Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

О ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ

Введение. Ряд негативных последствий геморроидэктомии, а именно – характер и длительность послеоперационной боли, продолжительный период заживления ран, формирование рубцовых сужений анального канала, гнойно-воспалительные процессы у ряда пациентов подталкивает исследователей к поиску альтернативных малоинвазивных методов лечения. Одним из современных трендов в мировой практике является использование «источников высокой энергии», в том числе лазерного излучения. С 2009 года авторами применяется запатентованный метод лечения хронического геморроя с использованием лазерной коагуляции геморроидальных узлов.

Цель. Провести оценку эффективности комбинированной технологии с использованием лазерной коагуляции геморроидальных узлов в лечении хронического геморроя.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ результатов лечения 1087 пациентов во II и III стадии хронического геморроя. В 48% случаев был диагностирован внутренний геморрой, у 52% пациентов – комбинированный. Критерием исключения при отборе был объем наружного сегмента не более 2см^3 и пролапс анодермы. Лиц женского пола было 295 в среднем возрасте 51 [33–65] (Me [25–75%]), мужского – 792 пациентов в среднем возрасте 39 [27–51] (Me [25–75%]). Пациентам выполнено оперативное вмешательство – лазерная коагуляция геморроидальных узлов длиной волны 1560 нм аппаратом «Mediola Compact» производства ЗАО «ФОТЭК» Республики Беларусь в комбинации с лигатурной деартериализацией. Алгоритм методики: в проекции геморроидальной артерии проксимально на 3 см от зубчатой линии производили наложение «якорного» шва лигатурой шовным материалом ДАРВИН USP 2-0 (EP 3; 31,1 мм – ½ O) или аналогом, далее инструментом для лазерной пункционной коагуляции излучением 970 нм и мощностью 12 Вт выполняли трансдермальный прокол в проекции наружного геморроидального сплетения, затем проводили световод без термической эмиссии в подкожной клетчатке и в подслизистом слое транснодулярно вдоль геморроидальной артерии до уровня «якорной лигатуры», далее излучением 1560 нм в процессе извлечения инструмента выполняли коагуляцию геморроидальной ткани по трем-четырем секторальным линиям мощностью 6-8 Вт в импульсном режиме 1,0 с/0,5 с. При внутреннем геморрое коагуляции подвергался только внутренний геморроидальный узел, при комбинированном – и внутренний и наружный. При этом кожа над наружным узлом не подвергалась термическому повреждению. Излучаемая величина энергии во время коагуляции узла на 1 см^3 геморроидальной ткани составляла до 70 Дж, при выполнении проводки

в подслизистом слое вдоль геморроидальной артерии доза энергии составляла до 60 Дж на 1 см вектора длины коагуляции ткани. Манипуляции осуществляли под визуальным контролем с использованием ректального зеркала или аноскопа. Вмешательство в 15% случаев проводилось с применением местной инфильтрационной анестезии, у 85% пациентов лазерная коагуляция выполнена под потенцированной местной анестезией внутривенной аналгоседацией.

Результаты и обсуждение. Данные исследования показали, что течение раннего послеоперационного периода характеризовался низкой интенсивностью болевого синдрома. Кратность внутримышечного введения анальгетиков для комфортного течения процесса в 1-е сутки у 51% пациентов составлял 1 раз, у 49% – 2 раза. Первое введение обезболивающих средств у подавляющего числа прооперированных (87%) происходило в промежутке 12-16 часов после операции. Начиная со 2-х суток все пациенты амбулаторно получали НПВС в таблетированной форме 2 раза в сутки, 23% пациентов принимали обезболивающие средства не более 3 дней, 58% – до 5 дней включительно, 19% – не более недели. Отек тканей в проекции наружного геморроидального сплетения наблюдался у 67% пациентов с внутренним геморроем и разрешался к концу 4-х суток (3,5 (2–5) Me [25–75%]). После лазерной коагуляции комбинированного геморроя отек в зоне наружного геморроидального сплетения разрешался к концу первой недели послеоперационного периода (7 (5–9) Me [25%-75%]) на фоне локальной терапии и системного применения флеботропных препаратов.

Выводы:

1. Метод лазерной коагуляции геморроидальных узлов в сочетании с проксимальной шовной деартериализацией является эффективным способом лечения хронического геморроя II–III стадии.
2. Отдельные клиническим данные и показатели длительности лечения пациентов могут характеризовать предложенный авторский метод, как малоинвазивную технологию для хирургии «краткосрочного пребывания».

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Материалы научно-практической конференции, посвященной 40-летию УЗ «10-я городская клиническая больница»

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025