



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ



УДК 616.348-006-089.86

к.м.н. И.В. Попов, к.м.н. А.С. Куанышбеков, Д.А. Попов
Центральная городская клиническая больница, Алматы, Казахстан

ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДИКИ LHP - ЛАЗЕРНОЕ УДАЛЕНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Резюме: Геморроидальная болезнь преследует человечество много тысячелетий. Основным проявлением болезни является выпадение узлов и геморроидальное кровотечение. Развитие медицинской технологии и внедрение современных методик, таких как LHP, позволяет получить хорошие результаты. При этом значительно уменьшаются страдания пациентов в послеоперационном периоде и наступает быстрая реабилитация.

Ключевые слова: Ректальное кровотечение, геморрой, геморроидэктомия, лазерная вапоризация, laser hemorrhoids procedure

Введение. Тканевой основой геморроидальных узлов служат кавернозные образования. Они представлены в виде трех-семи «подушек» в анальном канале (внутренние узлы) и трех-четырех «подушек» под кожей промежности в непосредственной близости от анального отверстия (наружные узлы). Эти образования физиологичные, имеются у всех людей. И как любой орган и ткань выполняют свою функцию, соответственно их наличие не считается заболеванием.

Основным пусковым механизмом развития геморроидальных узлов является нарушение кровообращения в кавернозных образованиях и дистрофические процессы в связочно-мышечном аппарате, удерживающем геморроидальные узлы в анальном канале.

Актуальность. Геморроидальная болезнь преследует человечество много тысячелетий и знакома большому количеству современных людей. Основным осложнением является ректальное - геморроидальное кровотечение. И несмотря на тяжелые проявления, многие наши пациенты откладывают посещение специалистов. Это зачастую связано с распространенной информацией о тяжелом течении послеоперационного периода.

Цель исследования: Изучить особенности методики проведения лазерной геморроидэктомии, специфику течения послеоперационного периода, и эффективность данной хирургической техники.

Материалы и методы: В настоящее время одним из хорошо себя зарекомендовавших методом является лазерная вапоризация геморроидальных узлов. Несколько различных терминов, встречающихся в публикациях объединяют один метод воздействия: - лазерная деструкция кавернозной ткани - лазерное склерозирование геморроидальных узлов, - лазерная

фотоабляция, - лазерная внутритканевая коагуляция, - laser hemorrhoids procedure (LHP). Под нашим наблюдением в течение трех лет с использованием вышеуказанной методики выполнено 67 операций. Возраст пациентов колебался от 19 до 62 лет. Из них по поводу геморроидальной болезни 2 стадии выполнена 41 операция и 26 вмешательств у больных с третьей стадией. При этом у 48 пациентов внутренний геморрой сочетался с наружными геморроидальными узлами. Интраоперационно после осторожной дивульсии ануса в просвет анального канала устанавливали аноскоп таким образом, чтобы патологический процесс был максимально визуализирован и соответственно доступен для манипуляций. В том числе и зона сосудистого пучка у проксимальной части геморроидального узла.

Проведение световода осуществляли через насечку кожи в перианальной зоне. Визуализации способствует постоянный индикаторный красный свет на краю проводника.

Использовали импульсный режим с мощностью луча от 6 до 7,5 Вт и длинна волны 1470-1500мк (рисунок 1). Длительность воздействия варьировали от 6 до 15 секунд. Что зависело от размера геморроидального узла и изменению тканей под воздействием лазерного луча. Акцентируем внимание, что в одной локальной точке световод не должен находится в момент воздействия более 2-3 секунд. Световод необходимо перемещать под контролем зрения – бледнеет слизистая в зоне вапоризации. Этот малоинвазивный метод лечения геморроя, основанный на дозированном внутритканевом нагреве узла с его последующим склерозированием, а также окклюзирующем воздействии на сосудистый компонент (дезартеризации).



Рисунок 5 - Параметры лазерного воздействия

После извлечения проводника мы применяем механическое сдавливание тканей в зоне воздействия в течение 30-60 секунд. Это приводит к улучшенному «свариванию» между собой тканей за счет сохраняющегося теплого воздействия. Накапливая опыт применения данной методики, мы сочли необходимым дополнительно проводить шовную дезартеризацию викрилом 2.0. Для уменьшения травматизации аноскоп после обработки одного узла извлекали и вводили в проекции следующего узла. Количество обрабатываемых геморроидальных узлов варьировало от 3 до 7, что связано с анатомическими особенностями наших пациентов.

Геморроидэктомия наружных узлов проводилась с применением радиоволнового диссектора или аппарата лига шу. Из них 15 пациентам после иссечения наружных узлов раны велись открытым методом. А 33 больным раны ушивались кетгуттом. Остальным 19 больным наружные геморроидальные узлы не иссекались ввиду их небольшого размера или применено точечное чрездермальное воздействие радиоволновым аппаратом в режиме резки.

В 28 случаях операция производилась под местной инфильтрационной анестезией. У 15 пациентов применена спинальная анестезия. Остальным больным вмешательство проводилось под внутривенным наркозом. Длительной операции варьировала от 12 до 35 минут.

Интенсивность болей оценивали по 10 бальной шкале. В первый день эти данные варьировали от 1 до 5 баллов. На вторые сутки интенсивность болей нарастала и варьировала от 3 до 6 баллов. Подчеркнем, в основном боли наблюдались у пациентов с комбинированной формой геморроидальной болезни. А в группе пациентов состоящих из 23 больных с неразвитыми наружными геморроидальными узлами интенсивность болей в первый день колебалась от 1 до 3 баллов. На второй день так же 1-3 бала. С третьего дня болевая симптоматика во всех группах снижалась. В наших наблюдениях большой разницы в болевой симптоматике у больных с наружными узлами после их иссечения и ведения ран открытым – закрытым способами мы не отметили.

Ранние послеоперационные осложнения наблюдались в 9 случаях. У 2 мужчин наблюдалась задержка мочи купированная на второй день. В 4 наблюдениях образовались подкожные и подслизистые гематомы разрешившиеся консервативно. У трех пациентов отмечались диапедезные кровотечения из наружных ран при их открытом ведении – остановлено локальной коагуляцией или прошиванием.

В отдаленные сроки лечения (от 14 дней до 2 месяцев после операции) наблюдали 2 осложнения. У одной пациентки в зоне лазерного воздействия на 7 часах условного циферблата образовалась калезная рана. Во втором случае по переходной складке стал формироваться келоидный рубец. Данные осложнения к сожалению прогнозируемы при любых хирургических вмешательствах и потребовали дополнительного консервативного лечения.

Выводы:

Внедрение и применение данного способа лечения геморроидальной болезни в нашей клинике, позволило в разы сократить сроки пребывания пациентов в стационаре - с 5-7 дней до 1-3 дней.

Основным преимуществом является уменьшение болей после данного вмешательства и быстрой физической и социальной реабилитацией.

К сожалению, данная методика применима только у пациентов со второй и третьей стадией заболевания. В связи с чем возникает необходимость в ранней диагностике и своевременном вмешательстве.

Вклад авторов. Все авторы принимали равносильное участие при написании данной статьи.

Конфликт интересов – не заявлен.

Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами.

При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами.

Финансирование – не проводилось.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Андреас М. Кайзер Колоректальная хирургия Перевод с английского Рыбакова Е.Г. Издательство Панфилова 2011 г С 171-177

2 Воробьев Г.И, Шелыгин Ю.А, Благодарный Л.А. Геморрой- М Митра-Пресс, 2002 г

3 Воробьев Г.И Основы колопроктологии М. Медицинское информационное агенство 2006г С 72-94

4 Клинические рекомендации ассоциации колпроктологов России по диагностике и лечению геморроя Журнал колопроктология Москва 2019 г С 7-39



REFERENCES

- 1 Andreas M. Kajzer Kolorektal'naja hirurgija Perevod s anglijskogo Rybakova E.G. Izdatel'stvo Panfilova 2011 g S 171-177
- 2 Vorob'ev G.I, Shelygin Ju.A, Blagodarnyj L.A. Gemorroj- M Mitra-Press, 2002 g
- 3 Vorob'ev G.I Osnovy koloproktologii M. Medicinskoe informacionnoe agenstvo 2006g S 72-94
- 4 Klinicheskie rekomendacii associacii kolproktologov Rossii po diagnostike i lecheniju gemorroja Zhurnal koloproktologija Moskva 2019 g S 7-39

М.Ғ.К. И.В. Попов, м.ғ.к. А.С. Қуанышбеков, Д.А. Попов
Орталық қалалық клиникалық аурухана, Алматы, Қазақстан

LHP ӘДІСІН ЕНГІЗУ - ГЕМОРОИДАЛЬДЫ ТҮЙІНДЕРДІ ЛАЗЕРЛІК АЛЫП ТАСТАУ

Түйін: Геморроидальная ауруы көздейді адамзат көп мыңжылдықтар. Аурудың негізгі көрінісі-түйіндердің жоғалуы және геморроидальды қан кету. Медициналық технологияны дамыту және LHP сияқты заманауи әдістерді енгізу жақсы нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік береді. Сонымен қатар,

операциядан кейінгі кезеңде пациенттердің азаптары айтарлықтай азаяды және тез қалпына келеді.

Түйінді сөздер: тік ішектен қан кету, геморрой, геморроидэктомия, лазерлік вапоризация, лазерлік геморроидтардың емі

с.м.с. I.V. Popov, с.м.с. A.S. Kuanyshbekov, D.A. Popov
Central city clinical hospital, Almaty, Kazakhstan

IMPLEMENTATION OF THE LHP TECHNIQUE - LASER REMOVAL OF HEMORRHOIDS

Resume: Hemorrhoidal disease has been haunting humanity for many millennia. The main manifestation of the disease is the loss of nodes and hemorrhoidal bleeding. The development of medical technology and the introduction of modern techniques, such as LHP, allows you to get good results. At the same time, the suffering of patients in the

postoperative period is significantly reduced and rapid rehabilitation occurs.

Keywords: Rectal bleeding, hemorrhoids, hemorrhoidectomy, laser vaporization, laser hemorrhoids procedure

Контактные данные

Попов Игорь Валерьевич Doctorigor@mai.ru +7 707 997 7077
Қуанышбеков Ашим Сатыбалдиевич +7 707 361 6677
Попов Дмитрий Алексеевич +7 777 236 6103