

Захараш М. П.,
Владичук Я. В.,
Мальцев В. М.

ОРГАНІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ АНАЛЬНОГО КАНАЛУ І ТКАНИН ПРОМЕЖИНИ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛІКЛІНІЧНИХ УМОВАХ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м.Київ)

Резюме. У статті наведено результати лікування 389 пацієнтів, які лікувались в Центральній районній поліклініці Деснянського району м. Києва з приводу непухлинних захворювань анального каналу і тканин промежини під час поліклінічного прийому і у відділенні хірургії одного дня. Визначені критерії відбору хворих для хірургічного лікування в цих підрозділах, чинники, що дозволяють скоротити термін лікування хворих, запропонована нова хірургічна тактика при геморої і хронічній анальній тріщині, розроблений алгоритм анестезіологічного забезпечення хворих в амбулаторних умовах, визначені особливості знеболення в післяопераційному періоді.

Ключові слова: амбулаторна проктологічна допомога, стаціонар одного дня.

Вступ

Протягом останніх років в лікувальних закладах України активно запроваджуються високоефективні форми надання хірургічної допомоги хворим у позалікарняних умовах. До них належать денні стаціонари поліклінік, домашні стаціонари, де кваліфіковану і спеціалізовану медичну допомогу хворим надає спеціально створений у поліклініці підрозділ [1,2,12,13]. Особливістю таких форми надання допомоги є психологічний та фізичний комфорт в домашніх умовах, що сприяє ефективному лікуванню і медико-соціальної реабілітації хворих [3,11,14,18].

На сьогодні актуальною є проблема надання позалікарняної спеціалізованої допомоги хворим на захворювання анального каналу і тканин промежини. Хірургічні втручання при захворюваннях вказаної локалізації різноманітні і частіше виконуються в умовах стаціонару, що має і позитивні і негативні (висока вартість ліжко-дня, госпітальна інфекція та ін.) аспекти. Цілком реальним і доцільним є використання існуючих методів їх хірургічного лікування в амбулаторних умовах де, за твердженнями А.Carditello (2000) та інших авторів, можуть бути прооперовані від 40% до 80% таких хворих, в тому числі у відділенні хірургії одного дня [5,8,9,11,16,20,21].

Однак на сьогодні частка хірургічних втручань, які виконуються в амбулаторних умовах в Україні, залишається незначною, що в значній мірі обумовлено недостатнім рівнем професійної підготовки хірургів-проктологів, які працюють в поліклінічних лікувальних

зкладах. На протигагу цьому, при відповідних умовах (сучасно оснащена операційна та післяопераційні палати, анестезіологічне забезпечення, інструментарій, підготовлені кадри, тощо), діапазон хірургічних втручань в поліклінічних умовах може бути значно розширений [6,10].

Причиною недостатньо ефективної роботи позалікарняного ланцюга колопроктологічної служби є, перш за все, відсутність алгоритмів комплексного лікування пацієнтів з проктологічною патологією в амбулаторних умовах з використанням хірургічних методів. Більшість вітчизняних авторів вказують на можливість виконання лише малоінвазивних хірургічних втручань при лікуванні непухлинних захворювань анального каналу і тканин промежини в амбулаторних медичних закладах [7]. Відсутність офіційних статистичних і медичних даних поки що не дозволяє зробити висновок про ступінь ефективності запропонованої форми організації позалікарняної допомоги. Вищезазначені причини свідчать про актуальність проблеми і необхідність комплексного її наукового дослідження.

Мета дослідження

Вивчення можливості розширення об'єму хірургічної допомоги хворим на захворювання анального каналу та промежини в амбулаторних умовах, покращення безпосередніх та віддалених результатів за рахунок диференційованого підходу до вибору виду хірургічних втручань, їх удосконалення, розробки.

Матеріали і методи

У Центральній районній поліклініці Деснянського району проктологічний кабінет функціонує з 2000 року. В його штаті два лікарі-колопроктологи (один вищої кваліфікаційної категорії, інший – другої). У 2005 році на базі хірургічного відділення поліклініки почало функціонувати хірургічне відділення малоінвазивних технологій, в якому передбачено можливість перебування пацієнта до однієї доби після виконання операції.

У процесі нагромадження досвіду роботи проктологічного кабінету були розроблені принципи відбору пацієнтів на захворювання анального каналу та промежини для хірургічного лікування в денному стаціонарі:

1. Пацієнти з гемороєм II-IV степені, хронічною анальною тріщиною, фіброзними поліпами анального каналу, гострим підшкірним парапроктитом, підшкірно-підслизовою норицею, епітеліальним куприковим ходом, кондиломотозом анальної локалізації віком до 60 років;

2. Хворі з психологічною готовністю щодо можливості виконання хірургічного втручання в амбулаторних умовах та послідовного перебування вдома після операції;

3. Наявність належних побутових умов, психологічного комфорту в сім'ї, здатності хворого до самообслуговування;

4. Стан хворого за шкалою ASA = ASA I, ASA II, відсутність необхідності в постійному лікарському спостереженні;

5. Наявність двостороннього телефонного зв'язку з хворим впродовж всього післяопераційного періоду;

6. Доступність та можливість виклику невідкладної медичної допомоги.

При невідповідності стану хворого введеним вище критеріям, лікування проводилось в умовах стаціонару.

Критеріями виключення хворих були:

1. Гострі захворювання прямої кишки та параректальної клітковини - гострий геморої III-IV стадії, трансфінктерні та екстрасфінктерні нориці прямої кишки, гострий ішиоректальний, ретроректальний, пельвіоректальний парапроктит, випадіння прямої кишки.

2. Стадія суб- та декомпенсації супутньої патології (цукровий діабет; тіреотоксичний зоб; миготлива аритмія; серцева, дихальна, ниркова недостатність, жовтяниця, портальна гіпертензія, загальний стан за системою ASA – III та більше, та ін.).

3. Онкологічні захворювання.

4. Захворювання крові, порушення системи згортання крові (лейкоз, гемофілія, тромбоцитопенія, гепатолієнальний синдром, та ін.).

5. Імунодефіцитні стани.

6. Хворі з наслідками травм спинного мозку.

7. Гостра уrogenітальна патологія.

8. Вагітність (небезпека переривання вагітності, III триместр).

9. Порушення психіки (неврастенія, психоемоційна нестабільність).

10. Гострі інфекційні захворювання.

11. Обтяжений алергологічний анамнез.

12. Виражене ожиріння.

13. Вроджені і набуті вади опорно-рухового апарату, які обмежують рухи.

Хірургічне втручання виконується у відділенні амбулаторної хірургії. Проктологічний кабінет складається з двох кімнат - кабінету прийому лікаря і оглядової кімнати. Окремо виділені операційна та палати післяопераційного перебування хворих, де після виконання операцій вони залишаються під медичним спостереженням терміном до однієї доби.

Хірургічна бригада складається зазвичай з двох хірургів-проктологів, анестезіолога, операційної сестри. Виділяється один-два операційних днів в тиждень, протягом якого виконується 2-3 операції. Всім пацієнтам проводили необхідне клініко-лабораторне і інструментальне обстеження: фізикальне дослідження, аналізи крові і сечі, рентгенографія грудної клітки, ЕКГ, повноцінний проктологічний огляд, колоноскопія чи ірригоскопія.

Передопераційна підготовка кишечника проводилася пацієнтами самостійно в домашніх умовах. Напередодні операції рекомендували легкий обід, виключалася вечеря. З 20 до 21 години хворі виконували дві очисні клізми водою кімнатної температури без яких-небудь спеціальних добавок. Вранці, в день операції, з 7 до 8 годин ставили ще дві очисні клізми. Більш ефективною була підготовка кишечника з використанням ендоскопічного фортрансу за відомими схемами.

Важливою умовою розвитку мережі стаціонарів одного дня є забезпечення надійного знеболення. При виборі виду знеболення враховували необхідність досягнення категоричної умови – безпечності для пацієнта. Цього вдається досягти завдяки використанню нових фармакологічних препаратів (пропофол – для загального знеболення, маркаїн, бупівакаїн – для епідуральної анестезії), су-

часного анестезіологічного оснащення, системного підходу до проблеми безпеки пацієнта під час проведення анестезії.

Під нашим спостереженням в термін з 2005-го по 2008 рік знаходилося 193 пацієнта, яким були виконані планові операції із застосуванням епідуральної і внутрішньовенної анестезії. Техніку виконання епідуральної анестезії здійснювали по загальноприйнятим методикам, використовуючи розчин маркаїну, бупівакаїну. Методика внутрішньовенної анестезії у проктологічних операціях полягала в комбінованому введенні дипривану (або тіопенталу натрію), фентанілу. Індукційна доза дипривану складала 2,5-3 мг/кг, підтримуюча доза складала 300-400 мг/год. Доза тіопенталу складала 3-6 мг/кг, підтримуюча 4-5 мг/кг. Ці види анестезії оптимальні для застосування в амбулаторних умовах з урахуванням легкої переносності, забезпечення раннього пробудження пацієнта, що дає можливість активізувати його в більш ранні терміни. Критерієм достатньої ефективності анестезії обох видів вважаємо розслаблення анальних сфінктерів.

Для зняття больового синдрому в післяопераційному періоді перевагу ми віддали застосуванню препарату „Кетонал”, з урахуванням того, що він має периферичну дію (інгібує синтез простагландинів, стабілізує лізосомальні мембрани, має антибрадікініновий ефект) і центральну дію (проникає через гематоенцефалічний бар'єр, діє на рівні залізних стовбурів спинного мозку), а також можливості його тривалого застосування.

Таким чином, наш підхід щодо боротьби з больовим синдромом можна викласти наступним чином: за 30 – 40 хвилин до операції вводиться внутрішньом'язево „Кетонал” – 100 мг, виконується епідуральна анестезія, або внутрішньовенний наркоз. По закінченню хірургічного втручання в перианальну клітковину вводили 40 – 60 мл. 0,5% розчину новокаїну, через 60 хв після операції внутрішньовенно - „Кетонал” – 100 міліграм, у подальшому через кожні 6 – 8 годин „Кетонал” вводили внутрішньом'язево протягом 24 годин. Після видалення гемостатичного тампону призначали свічки „Реліф-Адванс” – 3-4 рази на день і 1-2 рази на день „Кетонал-ретард” per os протягом 3-5 діб.

Запропоновану нами модифіковану методику операції гемороїдектомії виконували наступним чином. Після девульсії сфінктера один із вузлів захоплювали гемороїдальними щипцями, овальним розрізом перианальної шкіри та анодерми поетапно висікали і лігу-

вали кавернозні утворення підшкірної локалізації до межі зубчатої лінії. Відмежовували кавернозну тканину гемороїдального комплексу підслизової локалізації від нормальної слизової зігнутим зажимом типу «Більрот». Потім виконували прошивання слизової і підслизового шару атрауматичною голкою з вікриловою ниткою на 1-1.5 см. проксимальніше кінчика браншів зажима з метою лігування артерії, зав'язували лігатуру в цьому положенні. Цією ж голкою прошивали гемороїдальний комплекс біля дистального краю з обох боків по типу напівкисетного шва. Кінці цієї нитки завязували на рівні проксимальної лігатури, зажим знімали. Кавернозну тканину над лігатурою висікали. При цьому відбувається підняття анодерми та слизової в проксимальному напрямку і її фіксація в цьому положенні, тобто анопексія. Ран на слизовій оболонці прямої кишки не утворюється, так як вона не розсікається. Анодерму відновлювали окремими вузловими швами (вікріл, кетгут № 2-0) до зубчатої лінії. В анальний канал вводили гемостатичний тампон – «спонгостан», або гігієнічний тампон.

Для лікування хронічної анальної тріщини в стаціонарі одного дня нами запропонований спосіб хірургічного лікування з виконанням анопластики мобілізованим шкірним клаптом анодерми. Після девульсії анального сфінктера дефект анодерми висікали у вигляді трикутника шкіри у межах здорових тканин. Виконували задню відкриту дозовану сфінктеротомію на дві третини товщини внутрішнього анального сфінктера. Далі виконували анопластику, для чого спочатку мобілізували шкіряний клапоть анодерми на глибину 1,5-2 см у дистальному напрямку. Окремими вузловими швами з розсмоктуючим шовним матеріалом (вікріл, кетгут) прошивали слизово-м'язовий шар зі сторони нижньоампулярного відділу прямої кишки і мобілізований клапоть анодерми, що забезпечує з'єднання тканин без натягу.

Застосування сучасних медичних технологій дозволяло успішно виконувати вказані хірургічні втручання і виписувати пацієнта додому через 18 – 24 години після операції.

Після виконання хірургічного втручання проводилось спостереження за пацієнтом анестезіологом протягом 3-4 годин та оперуючим хірургом. Оцінювався загальноклінічний стан оперованих, контролювалося самостійне сечовипускання у чоловіків. Як правило пацієнти могли вести себе досить активно - самостійно вільно вставати, сидіти і

ходити. Подальше спостереження проводила чергова медична сестра (контроль гемодинаміки, рухової активності, больовий синдром). Обов'язковою умовою була наявність постійного телефонного зв'язку лікаря-проктолога із медичною сестрою та пацієнтом.

Ранком, наступного після операції дня, проводився контроль за станом пов'язки, з прямої кишки видалявся тампон і проводилась заміна пов'язки. Хворому видавалися письмові рекомендації щодо режиму, подальшої медикаментозної терапії і дієти. Санітарним транспортом поліклініки, або власним авто хворі транспортувались додому.

Для контролю перебігу ранового процесу хворі самостійно приїжджали в лікарняний заклад на 3 – 5 – 7 добу після операції.

Результати

В основу даної роботи приведений аналіз результатів лікування 389 пацієнтів, які в період з 2005 по 2008 роки отримали амбулаторну хірургічну допомогу в Центральній районній поліклініці Деснянського району м. Києва з приводу непухлинних захворювань анального каналу і промежини.

Оцінка результатів хірургічного лікування проводилась у пацієнтів досліджуваної групи, які лікувались в денному стаціонарі з приводу геморою III-IV ступеню (операція гемороїдектомія з анопексією анального каналу по запропонованому способу – 122 пацієнта), хронічної анальної тріщини з виконанням, після її висічення, анопластики мобілізованим шкірним лоскутом зі сторони анодерми і слизово-м'язовою оболонкою прямої кишки – 42 пацієнта.

Контрольну групу склали 120 пацієнтів, яким виконані хірургічні втручання з приводу геморою III-IV ступеню за класичною методикою Мілліган-Моргана і 45 пацієнтів, прооперованих з приводу хронічної анальної тріщини з виконанням анопластики без мобілізації анодерми, які отримали стаціонарну допомогу в Українському проктологічному центрі на клінічній базі кафедри хірургії №1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Показання до виконання хірургічних втручань та лікувальні заклади, де вони були виконані, наведені в таблиці 1.

196 пацієнтам виконані хірургічні втручання під час поліклінічного прийому з приводу гострого підшкірного парапроктиту, нагноєння епітеліального куприкового ходу, геморою II ступеню, гострого геморою I-II стадії, після яких достатньо спостереження за

пацієнтом протягом 4 - 6 годин (контроль за станом пов'язки, стабільні показники гемодинаміки, самостійним сечовипусканням у чоловіків).

193 пацієнтам хірургічні втручання були виконані в денному стаціонарі поліклініки з приводу геморою III – IV ступеня, інтрасфінктерної нориці, хронічних анальних тріщин, фіброзного анального поліпу. Термін післяопераційного спостереження за ними склав 20 + 2,1 години.

У пацієнтів контрольної групи, які прооперовані у проктологічному відділенні стаціонару, термін післяопераційного спостереження за ними склав 6 + 1,2 дні.

Поеднана патологія анального каналу виявлена у 24 пацієнтів (геморою + анальна тріщина – у 7 пацієнтів, геморою + гіпертрофовані анальні сосочки – у 11, хронічна анальна тріщина + інтрасфінктерна нориця – у 4, геморою + гострокінцеві кондиломи – у 2).

Досліджувану групу склали пацієнти у віці від 30 до 50 років, як правило, соматично здорові пацієнти.

Враховуючи вітчизняний і світовий досвід амбулаторного хірургічного лікування проктологічних пацієнтів вважаємо, що більш раннє транспортування додому (через 4-6 годин після операції, виконаної в одноденному стаціонарі), може стати причиною вегето-судинних реакцій, за цей час зберігається виражений больовий синдром, затримка сечовиділення у чоловіків. Наш досвід переконує, що тривалість післяопераційного лікарського нагляду в умовах лікарняного закладу повинна складати 12 – 22 годин, коли повністю відновлюються показники гемодинаміки, забезпечується адекватне знеболення у перші години після операції, здійснюється контроль за сечовиділенням, проводиться антибіотикопрофілактика, виконується перша перев'язка в умовах лікарняного закладу. Пацієнтів навчали виконувати гігієнічні і лікувальні процедури по догляду за післяопераційною ранною.

Так, із 193 пацієнтів, яким виконувалась епідуральна анестезія і внутрішньовенний наркоз, через 4 – 6 годин у 60% відзначалися запаморочення, нудота, артеріальна гіпотензія чи гіпертензія, дизуричні розлади, больовий синдром, тоді як через 18 – 20 годин ці симптоми спостерігались лише у 5% пацієнтів і задовільний стан їх дозволяв виписувати додому.

Результати хірургічного лікування з приводу геморою III-IV ступеню

ТАБЛИЦЯ 1

СКЛАД ПАЦІЄНТІВ ПО ЗАХВОРЮВАННЯМ І ЗА МІСЦЕМ ВИКОНАННЯ ОПЕРАЦІЙ

Діагноз	Оперовано пацієнтів			Всього
	Поліклініка	Денний стац	Проктл. відділ.	
Гострий підшкірний парапроктит	48	-	-	48
Проста підшкірно-підслизова нориця прямої кишки	-	12	-	12
Хронічна анальна тріщина	-	42	45	47
Геморой 3 – 4 ступеня	-	122	120	242
Гостре запалення епітеліального куприкового ходу в стадії абсцедування	54	-	-	54
Ремісія запалення ЕКХ	-	7	-	7
Геморой II ступеня	48	-	-	48
Гострий геморой I-II стадії	43	-	-	43
Фіброзні поліпи прямої кишки	3	10	-	13
ВСЬОГО (100%)	196	193	165	554

Больовий синдром оцінювали з використанням міжнародної візуально-аналогової шкали, а також за необхідністю призначення наркотичних анальгетиків. Всім пацієнтам контрольної групи були призначені наркотичні анальгетики, жоден пацієнт основної групи не потребував прийому наркотичних анальгетиків. Знеболення проводилось нестероїдними препаратами. Вираженість больового синдрому в середньому складала в дослідній групі - $5,65 \pm 0,79$ бала, а в контрольній - $7,5 \pm 0,89$, що на 2 бали вища, ніж в дослідній групі.

Тимчасова непрацездатність у пацієнтів, що оперували в одноденному стаціонарі, склала $24 \pm 1,9$ днів. Перебування пацієнтів контрольної групи в стаціонарі склало в середньому $5,2 \pm 1,1$ ліжко-день і амбулаторне долікування - $24,2 \pm 1,6$ днів, що в загальному склало $29,4 \pm 1,3$. Отже терміни тимчасової непрацездатності в дослідній групі на 5 днів менший ніж в контрольній.

Показники якості життя (психологічний стан, соціальна активність, енергійність) пацієнтів основної групи були кращими в порівнянні зі стаціонарними.

Вираженість больового синдрому в середньому складала в дослідній групі - $5,65 \pm 0,1$ бала, а в контрольній - $7,5 \pm 0,1$. Больовий синдром у контрольній групі на 1,8 бали більш виражений, ніж в дослідній групі.

Середні терміни тимчасової непрацездатності при лікуванні в одноденному стаціонарі

склали $17 \pm 1,9$ днів. Загальна непрацездатність у контрольній групі пацієнтів, які лікувалися в стаціонарних умовах з урахуванням долікування в амбулаторних умовах становила $25 \pm 2,1$ днів. Середній термін непрацездатності пацієнтів в дослідній групі на 8 днів (в 1,5 рази) достовірно коротший в порівнянні з контрольною групою.

Більшість показників якості життя у хворих контрольної групи в 2 рази нижчі, а їх психічне здоров'я, соціальна активність, суб'єктивна оцінка настрою, енергійності, життєвих були кращими.

Хірургічне лікування геморою та хронічної анальної тріщини амбулаторно дозволило покращити результати лікування пацієнтів за рахунок удосконалення технологій хірургічного лікування: повне закриття післяопераційних ран, а відповідно зменшення больового синдрому і ризику виникнення кровотечі в ранньому післяопераційному періоді; виконання малотравматичного хірургічного втручання; ведення післяопераційного періоду та спостереження за хворим в ранньому і віддаленому післяопераційному періоді одним хірургом по спеціально розробленому протоколу, чим досягається зниження частоти післяопераційних ускладнень і рецидивів захворювань, скорочується термін післяопераційної реабілітації, а відповідно і перебування хворого на лікарняному листку.

Завдяки соціальному фактору, який включає: короткий період очікування опе-

ТАБЛИЦЯ 2

УСКЛАДЕННЯ ПІСЛЯ ГЕМОРОЇДЕКТОМІЇ ІЗ АНОПЕКСІЄЮ ЗА ЗАПРОПОНОВАНИМ СПОСОБОМ ТА ЗА МІЛЛІГАН-МОРГАНОМ У РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

№ ПП	Ускладнення	Після гемороїдектомії із анопексією		Після гемороїдектомії за Мілліган-Морганом	
		п	%	п	%
1	Кровотеча	1	0,8	2	1,6
2	Гостра затримка сечі	3	2,4	8	6,67
3	Гематоми	1	0,8	1	0,8
4	Перианальний набряк	3	2,4	4	3,3

ТАБЛИЦЯ 3

УСКЛАДЕННЯ ПІСЛЯ ГЕМОРОЇДЕКТОМІЇ ІЗ АНОПЕКСІЄЮ ЗА ЗАПРОПОНОВАНИМ СПОСОБОМ І ЗА МІЛЛІГАН-МОРГАНОМ У ВІДДАЛЕНОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ (ЧЕРЕЗ 12 МІСЯЦІВ)

№ ПП	Ускладнення	Після гемороїдектомії із анопексією n = 105		Після гемороїдектомії за Мілліган-Морганом n = 95	
		п	%	п	%
1	Епізоди кровотечі	3	2,8	4	4,2
2	Стриктурна анального каналу	-	-	2	2,1
3	Недостатність анального сфінктера	-	-	2	2,1
4	Анальні бахромки	4	3,8	5	5,2
5	Рецидивний геморой	1	0,9	2	2,1

ТАБЛИЦЯ 4

УСКЛАДЕННЯ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ВИСІЧЕННЯ ТРИЩИНИ І АНОПЛАСТИКОЮ ІЗ МОБІЛІЗАЦІЄЮ АНОДЕРМИ І БЕЗ НЕЇ

№ ПП	Ускладнення та рецидив	Після висічення тріщини із мобілізацією анодерми		Після висічення тріщини без мобілізації анодерми	
		п	%	п	%
1	Кровотеча	-	-	1	2,2
2	Гостра затримка сечі	2	4,7	3	6,6
3	Гематоми	1	2,3	1	2,2

ТАБЛИЦЯ 5

УСКЛАДЕННЯ ПІСЛЯ ВИСІЧЕННЯ ТРИЩИНИ І АНОПЛАСТИКОЮ ІЗ МОБІЛІЗАЦІЄЮ АНОДЕРМИ І БЕЗ НЕЇ У ВІДДАЛЕНОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

№ ПП	Ускладнення	Після висічення тріщини із анопластикою (n=35)		Після висічення тріщини (n=38)	
		п	%	п	%
1	Стриктурна	-	-	2	5,2
2	Рецидив тріщини	1	2,8	1	2,6
3	Недостатність анального сфінктера	-	-	-	-

ранії; психологічний та фізичний комфорт (відсутність негативного впливу лікарняної обстановки), кращий медико-гігієнічний догляд за післяопераційною раною, збереження звичайного ритму життя (зручність для пацієнта), можливість постійної допомоги рідних, отримані кращі показники якості життя прооперованих хворих.

Розроблені нами принципи відбору хворих, запропонований алгоритм діагностично-лікувальної тактики, використання запропонованих хірургічних методів втручання, економічний ефект, свідчать про безперечні переваги хірургічного лікування хворих в умовах стаціонару одного дня.

Висновки

1. Хірургічне лікування хворих із захворюваннями анального каналу і прямої кишки в умовах стаціонару одного дня за чіткими показаннями із урахуванням запропоновано-

го діагностично-лікувального алгоритму можуть бути виконані у 70 – 75% випадках.

2. Перебування хворих у домашніх умовах після операції значно підвищує показники якості їх життя, психологічний стан.

3. Використання удосконалених методів хірургічного лікування дозволяє зменшити термін непрацездатності хворих у 1,2 рази при хронічному геморої і у 1,5 рази при хронічній анальній тріщині. Середній термін післяопераційного спостереження за проктологічними пацієнтами в амбулаторних умовах в 8 – 10 разів коротший, ніж в стаціонарі (20 годин і 150 - 180 годин відповідно).

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ТКАНЕЙ ПРОМЕЖНОСТИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Захараш М.П., Владичук Я.В., Мальцев В.Н.

Резюме. В статье приведены результаты лечения 389 пациентов, которые лечились в Центральной районной поликлинике Деснянского района г. Киева по поводу неопухолевых заболеваний анального канала и тканей промежности во время поликлинического приема и в отделении хирургии одного дня. Определены критерии отбора больных для хирургического лечения в этих подразделениях, определены условия, что позволяют сократить срок лечения больных, предложена новая хирургическая тактика при геморрое и хронической анальной трещине, разработан алгоритм анестезиологического обеспечения больных в амбулаторных условиях, определены особенности обезболивания в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: амбулаторная проктологическая помощь, стационар одного дня.

ORGANIZATION OF HELP A PATIENT WITH THE DISEASES OF ANAL CHANNEL AND TISSUES OF PERINEUM IN AMBULATORY POLICLINIC TERMS

Zakharash M.P., Vladichuk Y.V., Maltsev V.M.

Resume. In the article we have analysed the results of surgical treatment of 389 patients which treated oneself in the Central district polyclinic of the Desnyanskogo district of Kyiv with untumour diseases of anal canal and tissues of perineum during a polyclinic reception and in one day surgical department. Certain criteria of selection of patients are for surgical treatment in these subsections, certain criteria, that allow to reduce the term of treatment of patients, new surgical tactic is offered at a haemorrhoids and chronic anal fissura, developed algorithm of the anaesthetic providing of patients in ambulatory terms, certain features of anaesthetizing in a postoperative period.

Keywords: ambulatory proctology help, one-day hospital.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрієнко М.М. Проблеми та перспективи розвитку скритих ресурсів організації надання спеціалізованої амбулаторної хірургічної допомоги в Україні та за кордоном. Укр. журн. матоінваз. та ендоскоп. хірургії, 4: 19-23. (2004)
2. Андрієнко М.М. Стационарозамінюючі технології — основа реформування лікувально-діагностичної бази військової охорони здоров'я. Огляд літератури. Сучасні аспекти військової медицини. 36. нау., праць Головного військового клінічного госпіталю МО України. Медінформ, Київ, с. 326—330. (2006)
3. Арцыбашев А.В. Карабелеш Е.Е. и др. Развитие поликлинической хирургии в Херсоне. Амбулаторная хирургия. №2, 2005. стр. 72 — 74.
4. Воробьев Г.И., А.Д. Турутин, В.Г. Зайцев. Амбулаторные хирургические вмешательства у больных проктологическими заболеваниями // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - ISSN 0023-1207. -2001. -N1. - С. 74-79.
5. Забиров, Р. Г. Амбулаторные оперативные вмешательства по поводу геморроя //Сингвальная хирургия. - 2001. - №4. С. 19-20.
6. Зайцев В.Г., Дульцев Ю.В. Основные условия для амбулаторных операций у проктологических больных // Материалы Всероссийской конференции «Актуальные проблемы проктологи». - Санкт-Петербург- 1993.-С.24-25.
7. Зелинская Д.И. Задачи амбулаторно-поликлинической службы в современных условиях// Российский педиатрический журнал. 2000. № 4. С. 4-9.
8. Кечеруков А.И. Геморроидэктомия вне стационара // Проблемы колопроктологии: Респ. Сб. — М., 1998. — Вып..16.-Стр.55-56.
9. Кечеруков А.И. Хирургическое лечение геморроя в условиях поликлиники.// Хирургия — 1999. - №11.- с. 26-29
10. Козубенко, М. Ю. Хирургическое лечение хронического геморроя в условиях стационара одного дня // Укр. инт. усоверш. врачей. - утв. 21.03.91. - Харьков, 1991.- 5.
11. Кутин А.А. Мосиенко Н.И. Однодневная хирургия. Клиникоорганизационные аспекты. М 2000.
12. Лемішко Б.Б. Функціональна модель центру стаціонарної допомоги клініки сімейної медицини.-Львів, 2006,- 83 с.
13. Лурін І.А., Андрієнко М.М. Місце стационарозамінних технологій у сучасній хірургії. Хірургія України, 4: 111-114. —(2006).
14. Сагач Ю.А., Б.Б.Лемішко, С.Й.Хабаль та ін. Центр стаціонарної допомоги 5-ої міської клінічної поліклініки // Практична медицина.-2004.-№2.-С. 14-17.
15. Турутин А.Д. Амбулаторные операции в колопроктологии. // Дисс. канд. мед наук — М., 1999 — 123 стр.
16. Anderson J.H., C.O. Yip, J.S. Nagabhushan et al. Day-Case Karydakias Flap for Pilonidal Sinus. Diseases of the Colon & Rectum Volume 51, Number 1 /2008 p.134-138
17. Benfatto G, Zanghi G, Altadonna V, et al. Surgical treatment of hemorrhoids in day-surgery. G Chir. 2002 Jun-Jul; 23(6-7): 275-8. [Article in Italian]
18. Brenner G. Substitution possibilities in ambulatory surgery. // Chirurg. - 1997. - Jan; Bd 68, N1 Suppl.-S.10-15.
19. Carditello A, Meduri F, Cardillo P, Mule V, La Rocca X Caminiti F. Proctologic day-surgery. Results of 2000 surgical interventions. Chir Ital. 2001, 53(2), 219-24.
20. Hunt L, Luck AJ, Rudkin G, Hewett PJ. Day-case haemorrhoidectomy. Br J Surg 1999; 86: 255-8.
21. Lam TY, Lam SC, Kwok SP. Feasibility case-controlled study of day-case haemorrhoidectomy. ANZ J Surg 2001; 71: 652-4.
22. Pezzangora V., Ramuscello S., Viola G. Proctology in day surgery: surgical technique. Acta Chirurgica Jugoslavica.(2004) 2:39- 42.