

## ПРЕСАКРАЛЬНАЯ МНОГОКАМЕРНАЯ РЕЦИДИВНАЯ ТЕРАТОМА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Погосян А.А., Скобло М.Л., Лигай Д.В., Камчаткина Т.И., Урюпина А.А., Рахманин С.Ю.

МБУЗ «Городская больница № 6», «Отделение хирургии. Городской лечебно-диагностический колопроктологический центр», г. Ростов-на-Дону, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Долгое время в центре внимания колопроктологов остается проблема лечения больных с пресакральными образованиями. Актуальность проблемы связана со сложностью оперативного лечения, высокой частотой неудовлетворительных результатов. Стоит отметить, что на сегодняшний день, не существует единого мнения в отношении тактики лечения данной категории больных.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.** Больная Е., 33 лет, в анамнезе в грудном возрасте был установлен диагноз: Пресакральная киста (тератома). Выполнена операция-удаление тератомы пресакрального пространства. В дальнейшем сформировался постоянный свищ с гнойным отделяемым. Больная длительное время лечилась у разных специалистов без эффекта. Была консультирована колопроктологом. В области копчика имеется п/о рубец длиной до 10 см, без признаков воспаления, в центре которого визуализируется наружное свищевое отверстие. КТ малого таза – КТ-картина образований пресакральной области и малого таза справа. Ирригоскопия Дискинезия толстого кишечника по гипертоническому типу, опущение поперечно-ободочной кишки, выраженная долихосигма, деформация прямой кишки, за счет образования извне. Больной была выполнена операция-удаление рецидивной тератомы пресакрального пространства, дренирование активным дренажем. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удален на 9 сутки. Газы отходили со 2-х суток, стул был на 4 сутки. Через 2 недели больная в удовлетворительном состоянии была выписана из стационара. Гистологический анализ – зрелая многокомпонентная кистозная тератома. Больная наблюдалась нами в течении 1, 3, 6 месяцев. По данным контрольного КТ, данных за рецидив не наблюдалось.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Приведенный выше клинический случай еще раз подчеркивает всю сложность диагностики и лечения пресакральных тератом. Данная нозология является междисциплинарной проблемой, которая требует дальнейшего совершенствования диагностики и лечения.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ МЕТОДОМ HAL-RAR

Погосян А.А., Терпугов А.Л., Лигай Д.В., Григорян Л.М., Камчаткина Т.И.

МБУЗ «Городская больница № 6», г. Ростов-на-Дону, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Геморроидальная болезнь – одно из наиболее широко распространенных заболеваний, встречающихся у лиц любого возраста и пола. Его доля, по данным разных источников, составляет от 34 до 41%. Вышесказанное ориентирует современного проктолога на поиск методов лечения, дающих максимальный результат в кратчайшие сроки. Одним из таких современных и относительно молодых методов является HAL-RAR.

**ЦЕЛЬ.** Оценка эффективности лечения геморроидаль-

ной болезни методом HAL-RAR.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** В период с 2013 по 2015 гг., в МБУЗ ГБ № 6 Городском колопроктологическом центре по методике HAL-RAR был прооперирован 91 человек. У всех больных был установлен диагноз: Хронический геморрой III-IV стадии. В гендерном соотношении 44 человека составили лица мужского и 47 – лица женского пола. Возраст больных варьировал от 31 до 67 лет. Оперативное вмешательство выполнялось под внутривенной анестезией, средняя продолжительность операции составила 30±0,8 минут. При операции HAL прошивались 5-6 сосудов на глубине залегания артерии 5-6 мм, при операции RAR выполнялась стандартная методика лифтинга слизистой при помощи окна аноскопа и под непосредственным пальцевым контролем.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Интенсивность болевого синдрома оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) в течении всего пребывания больного в стационаре, который составил, в среднем, 1-2 балла и купировался ненаркотическими анальгетиками. Первая дефекация у больных, в среднем, была на 2-е сутки. При этом средний послеоперационный койко-день составил 3,5±0,5 суток. Во время нахождения пациентов в стационаре в послеоперационном периоде у 1 больной отмечены осложнения в виде некроза слизистой анального канала на 3 часах на 5 сутки после операции с образованием дефекта, который самостоятельно зажил в течение месяца, у 1 больной отмечен отек наружного геморроидального узла на 11 часах на 10 сутки после операции. При контрольном обследовании пациентов через 1, 3 и 6 месяцев после операции у всех больных отмечено полное регрессирование симптомов геморроя.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Оперативное лечение геморроидальной болезни с помощью HAL-RAR эффективно при всех стадиях геморроя.

Преимуществом данного метода является отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде и сокращение сроков пребывания в стационаре.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕБРЮШИННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Покровский К.А., Додица А.Н., Веселов Д.И.

ГБУЗ Городская клиническая больница № 67 им. Л.А.Ворохובה ДЗМ, отделение колопроктологии, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** За последние годы отмечается тенденция к росту бытового и производственного травматизма, локальных военных конфликтов и обострение криминогенной обстановки в обществе. В связи с этим, частота повреждений прямой кишки возросла от 3 до 7% от всех абдоминальных травм. Не разработана единая тактика обследования, меры профилактики возникновения гнойно-воспалительных осложнений. Остается дискуссионным вопрос о целесообразности наложения разгрузочной колостомы.

**ЦЕЛЬ.** Оценить эффективность хирургического лечения больных с внебрюшинными ранениями прямой кишки в зависимости от наличия или отсутствия разгрузочной колостомы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В наше исследование вошли больные с внебрюшинными повреждениями прямой кишки за 10 лет. В первую группу включено 48 пациентов, которым производилась первичная

хирургическая обработка раны промежности и раневого канала с вакуумной системой аспирации из послеоперационной раны с помощью аппарата Suprasorb. Вторая группа 36 пациентов с ПХО раны промежности, с формированием разгружающей колостомы. ПХО раны проводили под внутривенным наркозом. Объем вмешательства заключался в широком дренировании параректальной клетчатки до верхнего края раневого канала, дополненном активной вакуумной аспирацией.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Нами установлено, что у 1 группы пациентов, пролеченных с помощью ПХО раны, дополненной вакуумной системой аспирации, отмечается меньшее число местных гнойно-воспалительных осложнений, что составило 3 (6,2%) пациентов, по сравнению со 2 группой 10 (27,8) пациентов. Сроки госпитализации в 1 группе составили 7-14 дней, во второй – 10-18 дней. В первой группе пациентов повторная хирургическая обработка проводилась в 3 случаях, во второй группе 10 (22,2%) пациентам потребовалась повторная хирургическая обработка раны промежности, также с необходимостью второго этапа операции по поводу закрытия колостомы.

**ВЫВОДЫ.** Так, проведенный анализ лечения пациентов двух групп показал, что наилучший результат лечения был в 1 группе пациентов с применением вакуумной системы аспирации. В виде более быстрого процесса заживления раны, уменьшения срока госпитализации, уменьшения кратности перевязок, меньшим числом гнойно-воспалительных осложнений, отсутствия второго этапа операции по поводу закрытия колостомы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ФЛЕГМОНАМИ

Покровский К.А., Додица А.Н.,  
Горяинов А.Н., Пронин Е.С.

ГКБ № 67 им. Л.А.Ворохובהва, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В структуре заболеваний промежности и анального канала распространенным формам парапроктита уделено недостаточно внимания. Смертность данной категории пациентов более 80%. В отечественной и зарубежной литературе вопросы комплексного подхода к лечению этой группы пациентов освещены недостаточно.

**ЦЕЛЬ.** Оценить результаты лечения больных, оперированных по поводу острого парапроктита, осложненного распространенными гнойно-некротическими флегмонами.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** С 2014 по 2015 гг. в отделении колопроктологии ГКБ № 67 пролечено 48 (4,1%) больных с осложненными формами ОП, в возрасте 22-99 лет. Мужчин – 36 (74%). Женщин – 12 (26%). 10 пациентам (20,8%) парапроктит вскрывали ранее в других учреждениях. 33 (68,8%) пациента обратились в ГКБ № 67 через 7 и более дней с начала заболевания. Диагноз устанавливали на основании данных объективного осмотра, лабораторных данных, УЗ, КТ исследований. Лечебная тактика принципиально не отличалась от ранее описанных в литературе наблюдений (предоперационная подготовка, широкое вскрытие, дренирование гнойников, некрэктомия). Дальнейшее лечение в условиях РАО с интенсивной комплексной терапией, ежедневными перевязками и привлечением врачей смежных специальностей (гнойных хирургов, урологов, клин. фармакологов, иммунологов).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Выявленные пути распространения гнойного процесса у больных: пахово-ягодичная

область – 19 (39,5%), передняя брюшная стенка – 21 (43,8%), нижние конечности – 4 (8,3%), забрюшинное пространство – 3 (6,2%), поясничная область – 1 (2%). У 12 (25%) из них развился септический шок. Исходом лечения стало выздоровление у 36 (75%) больных. У 12 (25%) пациентов наступил летальный исход. Средний возраст умерших составил 65 лет.

**ВЫВОДЫ.** На результаты лечения оказывает влияние: возраст пациента, наличие тяжелой сопутствующей патологии, длительный срок развития заболевания, что способствует генерализации гнойно-воспалительного процесса и развитию сепсиса.

Единственным шансом спасения жизни больного является неотложная операция и комплексное послеоперационное ведение в условиях многопрофильного стационара.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Райымбеков О.Р., Аттокуров Б.К., Жолболдуев Ж.М.

ОшГУ, медицинский факультет, кафедра «Общей хирургии», г. Ош, Кыргызстан

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Среди проктологических заболеваний трещины анального канала по частоте занимают второе и третье места, уступая лишь геморрою, а в некоторых статистиках – и парапроктиту. Проблема лечения трещин анального канала далека от радикального разрешения. В этом вопросе много взглядов и предложений, особенно если учесть, что приходится иметь дело с двумя основными формами заболевания с острыми и хроническими трещинами. Если первая сравнительно легко поддается консервативной терапии, то лечение хронических трещин остается сложной задачей.

У женщин, по сравнению с мужчинами, частота заболеваемости несколько выше и составила соотношение 4,8:1. Эта тенденция наиболее выражена в трудоспособном возрасте от 20 до 45 лет.

Наиболее часто встречается анальная трещина при выпадении внутренних геморроидальных узлов. Оперативное лечение анальных трещин необходимо проводить при хроническом течении заболевания, не поддающемся консервативной терапии.

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результатов хирургического лечения больных с анальной трещиной в сочетании с хроническим геморроем II-III стадии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В отделении проктологии Ошской городской больницы с 2014 по 2015 гг. с анальной трещиной находились 58 больных. Из них женщин было 48 (82,7%), а мужчин – 10 (17,3%), у 21 (36,2%) больного анальная трещина сочеталась с хроническим геморроем II-III стадии. Больные были в возрасте от 16 до 69 лет. Основное их количество составили больные молодого и трудоспособного возраста. Длительность заболевания составила от нескольких месяцев до 8 лет. Средняя продолжительность болезни составила  $1,9 \pm 0,6$  лет.

Задняя анальная трещина диагностирована у 52 (89,6%), передняя – у 6 (10,4%) больных.

Больные по характеру оперативного вмешательства были разделены на две группы. В контрольную группу включены 37 (63,7%) больных с диагнозом хроническая анальная трещина, которым произведена дивульсия анального сфинктера и изолированное иссечение анальной трещины в ромбовидной форме на уровне слизистой оболочки вместе со сторожевым бугорком. Ушивание образовавшейся раны анального канала произвели в поперечном направлении к периа-