

нальной коже с рассасывающимися нитями. В основную группу вошло 21 (36,2%) больных с диагнозом: Хроническая анальная трещина, хронический геморрой II-III стадии, которым осуществлялись операции дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией. Исечение анальной трещины в ромбовидной форме на уровне слизистой оболочки вместе со сторожевым бугорком. Ушивание образовавшейся раны анального канала произвели в поперечном направлении к периаанальной коже с рассасывающимися нитями. Все операции осуществлены под сакральной анестезией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Больные обеих групп на стационарном лечении находились, в среднем, по 8 койко-дней. У больных основной и контрольной группы послеоперационные боли были сравнительно одинаковыми. Слабо выраженный болевой синдром за счет отсутствия раневой поверхности в анальном канале. Рефлекторной задержки мочеиспускания в обеих группах не наблюдалось. Рецидивов болезни в течении 2 лет не наблюдалось. Самое главное, больные основной группы одновременно избавились от хронического геморроя, при этом имея патогенетическую, психологическую и экономическую выгоду.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Оперативное лечение анальной трещины показано при неуспешной консервативной терапии.

При сочетании анальной трещины с хроническим геморроем II-III стадии сочетанная операция является методом выбора, который, в свою очередь, имеет патогенетический, психологический и экономический эффект для больного и государства.

Поперечное ушивание раны слизистой оболочки анального канала к периаанальной коже уменьшает послеоперационную боль из-за отсутствия раневой поверхности в анальном канале.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

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

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой – одно из самых распространенных заболеваний дистального отдела прямой кишки. Им страдают более 20% взрослого населения, причем чаще лица молодого и среднего возраста, то есть наиболее трудоспособное население. По данным различных авторов, его распространенность достаточно высока и составляет от 118 до 120 на 1000 населения, занимая лидирующие позиции в проктологии (34-80%), из них от 10 до 50% – нуждаются в лечении, причем 75% из них – в хирургическом.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты хирургического лечения больных с хроническим геморроем II-III стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Анализированы результаты лечения 66 больных с диагнозом хронический геморрой II-III стадии. Возраст больных от 21 до 58 лет. Мужчин было 45 (68,2%), женщин – 21 (31,8%). Длительность заболевания от 2 до 25 лет.

Больные по характеру оперативного вмешательства были разделены на две группы. В контрольную группу включены 34 (51,5%) больных с диагнозом хронический геморрой III стадии, в основную группу включены 32 (48,5%) больных с диагнозом хронический геморрой II-III стадии с геморроидальным кровотечением. Больным основной группы – 32 (48,5%) с диагнозом хронический геморрой II-III стадии с геморроидальным кровотечением, одновременно произведена дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией и совместным удалением наружных

геморроидальных узлов. А 34 (51,5%) больным контрольной группы с диагнозом хронический геморрой III стадии произведена закрытая геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во 2 – модификации НИИ проктологии России с некоторыми видоизменениями.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде у больных основной и контрольной группы кровотечения и воспалительные осложнения не наблюдались. Болевой синдром отмечался у всех больных контрольной группы, а у больных основной группы отсутствовал, или болевой синдром был маловыраженным. Рефлекторная задержка мочеиспускания отмечена у 2 (5,8%) больных контрольной группы, которые прошли после инъекции комплекс обезболивающих и спазмолитиков.

В отдаленные сроки послеоперационная стриктура анального канала наблюдалась у 1 (2,95%) больного контрольной группы и была устранена пальцевыми бужированиями под внутривенным калипсоловым наркозом. Послеоперационная стриктура анального канала развивается, в основном, у тех больных, которые постоянно применяли слабительные средства в послеоперационном периоде. Недостаточности анального жома, а также рецидивов заболевания не выявлено у обеих групп больных. По литературным данным, после дезартеризации внутренних геморроидальных узлов в отдаленном периоде отмечают гипертрофию наружных геморроидальных узлов, и они были повторно госпитализированы на операцию. В связи с этим, мы одновременно удаляли наружных геморроидальных узлов. Средние сроки пребывания больных в стационаре у больных основной и контрольной группы – 9,7 койко-дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. 1. Традиционная закрытая геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во 2 – модификации НИИ проктологии России с некоторыми видоизменениями является методом выбора при хроническом геморрое III стадии.

2. Дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией, совместным удалением наружных геморроидальных узлов сопровождается отсутствием или маловыраженным болевым синдромом.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

Селиванов А.В., Леоненко С.Н., Бутырский А.Г.

Медицинская академия имени С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.Вернадского», г. Симферополь, Россия

Распространенность хронического комбинированного геморроя (ХКГ) составляет 130-145 случаев на 1000 взрослого населения. Несмотря на внедряемые передовые технологии лечения, частота послеоперационных осложнений и длительность госпитализации не уменьшаются.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилось среди 125 пациентов, женщин – 62, мужчин – 63, средний возраст – $46,5 \pm 1,6$ года. Больные были прооперированы различными методами: I группа (51 человек) – больные, которым была выполнена операция Милигана-Моргана, II группа (49) – больные, которым была выполнена операция Фергюсона, III группа (25 человек) – больные, которым была выполнена раздельная закрытая геморроидэктомия (РЗГЭ), разработанная А.В.Селивановым. Для оценки качества жизни (КЖ) мы воспользовались шкалой опросника SF-36.

РЕЗУЛЬТАТЫ. До операции показатели составили: общее здоровье (ОЗ) – $26,4 \pm 1,9$, физическое функ-

ционирование (ФФ) – $22,4 \pm 1,8$, ролевая деятельность (РД) – $27,6 \pm 1,7$, эмоциональное состояние (ЭС) – $24,8 \pm 2,6$, социальное функционирование (СФ) – $26,1 \pm 1,7$, телесная боль (ТБ) – $28,7 \pm 2,5$, жизнеспособность (ЖС) – $26,9 \pm 1,9$, психическое здоровье (ПЗ) – $32,6 \pm 1,1$. Через 12 месяцев после операции показатели составили, соответственно, в группах I, II и III: ОЗ – $48,5 \pm 2,1$, $46,9 \pm 3,2$ и $58,1 \pm 3,6$; ФФ – $49,7 \pm 1,7$, $51,3 \pm 2,4$ и $62,4 \pm 2,9$; РД – $46,9 \pm 2,8$, $50,2 \pm 3,3$ и $72,5 \pm 2,8$; ЭС – $48,6 \pm 3,2$, $49,5 \pm 2,7$ и $61,5 \pm 3,7$; СФ – $54,2 \pm 1,9$, $51,5 \pm 2,5$ и $68,3 \pm 3,5$; ТБ – $52,1 \pm 1,9$, $54,3 \pm 1,7$ и $61,4 \pm 3,4$; ЖС – $48,5 \pm 1,9$, $51,2 \pm 2,4$ и $61,9 \pm 2,8$; ПЗ – $47,8 \pm 2,1$, $55,2 \pm 2,3$ и $71,2 \pm 4,8$. По всем параметрам достоверна разница между показателями до и после операции, а также между группами I, II и III.

ВЫВОД. РЗГЭ является наиболее оптимальной в плане профилактики послеоперационных осложнений, способствует восстановлению всех параметров КЖ пациентов. Это делает возможным рекомендовать ее в качестве операции выбора при ХКГ и считать альтернативой другим операциям.

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Сергацкий К.И., Никольский В.И.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Ранняя диагностика анаэробной инфекции является актуальной в современной медицине.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработка способа экспресс-диагностики анаэробной инфекции на основе изучения электро-химических свойств раневого отделяемого.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Предлагаемый способ экспресс-диагностики анаэробной хирургической инфекции (положительное решение по заявке на изобретение РФ № 2014145583 от 12.11.2014) апробирован в 16 случаях у пациентов с диагнозом острого парапроктита.

При вскрытии острого парапроктита проводили забор 2 мл раневого содержимого. В дистиллированной воде готовили серии разведений: 1:1, 1:2 и 1:3. Через проточный электрод джоульметрического прибора пропускали ток 0,005, 0,01 и 0,02 мА. В программе ИРС оценивали полученные зависимости, по которым программа автоматически рассчитывала работу для каждого значения тока, выводила графики, позволяющие судить об отсутствии или наличии анаэробного характера раневого содержимого. По показателю работы тока от 0,003 до 1 мкДж судили об отсутствии, а по аналогичному показателю от 100 до 820 мкДж судили о наличии анаэробных микроорганизмов в исследуемом раневом содержимом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 16 образцов в 11 случаях по материалам названного способа диагностировано отсутствие анаэробной микрофлоры. Это подтвердилось данными бактериологического исследования, при котором в данных образцах раневого содержимого были обнаружены различные аэробные микроорганизмы при отсутствии анаэробных бактерий. В 5 случаях диагностировано наличие анаэробной составляющей раневого содержимого. Это подтвердилось данными бактериологического исследования, при котором в данных образцах были обнаружены различные анаэробные микроорганизмы, в том числе факультативно анаэробные при отсутствии или в сочетании с аэробными микроорганизмами.

ВЫВОД. Предлагаемый способ экспресс-диагностики

анаэробной инфекции позволяет определить наличие анаэробной микрофлоры либо ее отсутствие в раневом содержимом за чрезвычайно короткие сроки и, тем самым, вовремя корректировать хирургическую тактику, а также обосновать выбор эмпирической антибактериальной противомикробной терапии.

ФИСТУЛОСКОПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Слепых Н.В., Ильканич А.Я.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры» БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут, Россия

Одной из актуальных проблем при лечении больных со свищами прямой кишки является диагностика хода свища по отношению к замыкательному аппарату. Имеющиеся в арсенале диагностические мероприятия: контрастная фистулография, ультразвуковая диагностика, магнитно-резонансная томография не обеспечивают в полной мере решения стоящей перед колопроктологом задачи выбора оптимального способа хирургического лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность метода фистулоскопии при лечении свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В анализируемой группе дана оценка метода интраоперационной фистулоскопии по результату лечения 53 больных со свищами прямой кишки, пролеченных в Центре колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы. Из них 36 (67,9%) мужчин и 17 (32,1%) женщин. С транссфинктерными свищами 31 (58,5%) человек, экстрасфинктерными – 6 (11,3%), интрасфинктерными – 16 (30,2%) пациентов. Методом интраоперационной диагностики хода свища и топической диагностики внутреннего его отверстия была фистулоскопия оборудованием для видеоассистированного лечения свищей прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При проведении оперативного лечения свищей прямой кишки первым этапом вмешательства была диагностическая фистулоскопия, которая успешно выполнена у 38 (71,7%) пациентов. Достоверно визуализирован ход свища и определено расположение его внутреннего отверстия. У 7 (13,2%) пациентов это было невозможным в связи с облитерацией внутреннего отверстия свища. У 8 (15,1%) больных свищевой ход был узким и коротким, что не позволило ввести эндоскоп в просвет свища. Диагностический этап операции с использованием методики фистулоскопии составил, в среднем, от 20 до 45 минут. Выполненное исследование определило выбор оптимального способа хирургического лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Для визуализации свищевого хода и внутреннего отверстия свища, а также выявления дополнительных свищевых ходов и полостей использование фистулоскопии возможно в 71,7%. При коротком и узком свищевом ходе проведение фистулоскопии невозможно по техническим причинам, связанным с размером и устройством фистулоскопа.