

КОМБИНИРОВАННЫЙ МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Грошилин В.С., Мрыхин Г.А.,
Швецов В.К., Чернышова Е.В.
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России,
Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хронический геморрой является наиболее распространенным колопроктологическим заболеванием. Современное развитие колопроктологии позволило значительно улучшить результаты лечения данной патологии, однако, перспективным направлением является комбинированный подход и индивидуальное обоснование в выборе минимально инвазивного и малотравматичного метода лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить клиническую эффективность оригинального комбинированного способа малоинвазивной операции при хроническом геморрое, сочетающего дезартеризацию и ультразвуковое склерозирование.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В исследование включено 190 пациентов с хроническим геморроем. Число мужчин составило 92 (48,4%) пациента, женщин – 98 (51,8%). Средний возраст – 34,2±7,3 года. В I группе выполнено склерозирование геморроидальных узлов с ультразвуковой кавитацией, во II группе – дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией. В III группе (основной) 65 больным проведена оригинальная методика.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В I группе послеоперационные осложнения отмечались в 5,0% наблюдений, рецидив – в 10,0%, ультразвуковое склерозирование позволяло купировать геморроидальные кровотечения, но полностью не устраняло выпадение узлов, зуд и жжение; во II группе послеоперационные осложнения отмечались в 7,0% с рецидивом – в 7,1% случаев. Следует отметить, что во II группе стабильно купировались геморроидальные кровотечения и выпадение узлов, но в меньшей степени устранялись зуд и жжение в заднем проходе. Разработанный способ малоинвазивного лечения хронического геморроя характеризовался более низкой частотой осложнений – 6,1%, нивелировал риск рецидива заболевания, а также устранял кровотечение у 95,9%, выпадение узлов – 90,9%, зуд и жжение в заднем проходе – 93,9%.

ВЫВОД. Оригинальный комбинированный способ лечения геморроя позволяет улучшить результаты лечения за счет уменьшения болевого синдрома, снижения выраженности основных симптомов заболевания и возможности избежать радикальной операции.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ

Грошилин В.С., Швецов В.К.,
Бакуляров М.Ю., Узунян Л.В.
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России,
Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Слабость ректовагинальной перегородки при ректоцеле II-III степени является основанием для хирургической коррекции. Нестабильность результатов и высокая частота послеоперационных рецидивов свидетельствуют об актуальности и необходимости дальнейшей разработки методик лечения данной патологии.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения ректоцеле в клинической практике путем применения дифференцированного лечебного алгоритма в сочетании с оригинальным способом оперативного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено исследование результатов лечения 75 пациенток. В I группу вошла 21 пациентка, которым проведена передняя сфинктеролеваторопластика. Во II группу – 25 больных, которым ректоцеле ликвидировано методом Лонго. В III группе у 29 пациенток, согласно разработанному алгоритму, реализован метод аппаратной механической циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя, дополненной передней сфинктеролеваторопластикой (патент РФ № 2526971).

РЕЗУЛЬТАТЫ. После передней сфинктеролеваторопластики, отмечено 4 (19%) рецидива, у 2 (9,5%) пациенток сохранялись явления обструктивной дефекации. При ликвидации ректоцеле методом Лонго рецидивов не было, однако, у 6 (24%) пациенток выявлен интенсивный болевой синдром, также у 5 (20%) больных выявлены не купируемые консервативно эвакуаторные расстройства, при манометрически доказанной дисфункции мышц тазового дна. После использования оригинального способа жалобы на неполное опорожнение после дефекации, отмеченные у 3 (10,3%) больных, медикаментозно купированы за 9 суток. Рецидивов заболевания, нагноительных осложнений не отмечено.

ВЫВОДЫ. Полученные результаты доказывают, что оригинальная методика комбинированной операции при ректоцеле позволяет снизить частоту рецидивов, получить стабильные функциональные результаты, достичь купирования обструктивной дефекации за счет создания удерживающего фасциально-мышечного каркаса и одномоментной циркулярной слизисто-подслизистой резекции стенки нижнеампулярного отдела прямой кишки.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛОКАЛЬНО-РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Давидович Д.Л.
Многопрофильный медицинский центр Мед-Ютас,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последние годы в колопроктологии всё большее распространение получают современные малоинвазивные технологии, предлагающие альтернативу традиционным высокотравматичным хирургическим вмешательствам и не требующие длительной послеоперационной реабилитации. Вместе с тем закономерно встаёт вопрос о выборе адекватного метода анестезии. Не стоит долго останавливаться на рисках, опасностях и технической сложности проведения общей анестезии. Вместе с тем, спинномозговая анестезия, наиболее распространенное на сегодняшний день анестезиологическое пособие, приводит к длительной иммобилизации пациента и также показывает определенный процент осложнений. Помимо этого, далеко не все медицинские центры могут успешно применять указанные методики с организационной точки зрения, что объективно обусловлено сложным процессом лицензирования, организации и хранения учётных препаратов.

В нашей практике мы успешно применяем комбинированный метод анестезии, заключающийся в сочетании локальной и регионарной анестезии – параректальной и пресакральной блокады. Данная методика позволяет выполнять операции по технологии HAL, HAL-RAR и LIFT, а также иссечение анальной трещины и интрасфинктерных свищей прямой кишки на фоне адекватной релаксации анального сфинктера, без болевого синдрома и длительной иммобилизации