

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ МЕСТНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ НИТРОГЛИЦЕРИНОВОЙ МАЗИ

Маракуца Е.В., Ботезату А.А., Монул С.Г.

Приднестровский государственный университет
им. Т.Г.Шевченко, Тирасполь, Молдова

АКТУАЛЬНОСТЬ. Наиболее эффективным методом лечения хронической анальной трещины (ХАТ) является латеральная внутренняя анальная сфинктеротомия, которая может быть выполнена под местной анестезией и приводит к излечению примерно у 95% пациентов, но может приводить к различным степеням анального недержания. Местное применение нитратов для снижения анальной гипертензии стало первой линией терапии ХАТ и оказало существенное влияние на сокращение числа хирургических вмешательств, особенно в некоторых европейских странах.

ЦЕЛЬ. Мы исследовали влияние местного применения нитроглицерина на ХАТ.

МЕТОДЫ. 23 пациента (15 женщин и 8 мужчин, средний возраст 39 лет) с ХАТ получали 0,4% нитроглицериновую мазь (НМ). Оценка боли оценивалась с помощью Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Манометрию проводили у 18 пациентов. Максимальное анальное давление покоя (МАДП) измеряли до и через 30 минут после местного применения НМ. Все пациенты были повторно осмотрены через 2 года после прекращения лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех пациентов были ХАТ с анальным спазмом и болями. Было выявлено 19 задних и 4 передних трещины. Боль купировалась в течение 5 минут после применения НМ. Средний балл боли (ВАШ) был 6,03 до, 0,69 спустя 30 минут, 0,58 через 1 неделю и 0,53 через 3 недели после применения НМ ($P < 0,001$). Кроме того, была показана корреляция между уменьшением боли и улучшением всех компонентов качества жизни (активность, беспокойство/депрессия). МАДП заметно снижалось через 30 минут после применения НМ с $112 \pm 6,7$ mm Hg до $68 \pm 4,3$ mm Hg ($P < 0,05$). У 57% пациентов (13/23) метод был эффективен в течение 2 лет, а у 22% пациентов (5/23) наступил рецидив после прекращения действия НМ. Операция потребовалась двум пациентам (9%), у которых трещина полностью не заживала в течение 3 недель. Были отмечены легкая головная боль (у 9%) и головокружение (у 13%), которые хорошо переносились при уменьшении дозы.

ВЫВОДЫ. Местное применение НМ, по-видимому, является эффективной и безопасной альтернативой при лечении ХАТ.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА В СОЧЕТАНИИ СО СТРИКТУРОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Муравьев А.В., Ефимов А.В., Линченко В.И.,
Муравьев К.А., Бруснев Л.А.

«Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Сочетание недостаточности анального сфинктера со стриктурой прямой кишки – достаточно редкая патология. Часто это сочетание встречается у больных с огнестрельными ранениями дистальной части прямой кишки с наложением превентивной колостомы.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработать оптимальный вариант

выбора метода лечения, в зависимости от выраженности стриктуры и степени недостаточности анального сфинктера.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 1997 по 2018 гг., под нашим наблюдением находилось 18 больных с недостаточностью анального сфинктера в сочетании со стриктурой прямой кишки. Все пациенты были мужчинами. 13 больных с огнестрельными ранениями прямой кишки, полученными во время боевых действий и 5 пациентов с бытовыми травмами. Основными клиническими симптомами у них были: затрудненный акт дефекации, постоянное выделение слизи и жидкого кала, мацерация и экзема перианальной области. По степени сужения все стриктуры мы разделили на компенсированные (сужение до 2-3 см при дилатометрии) всего 4, субкомпенсированные (сужение до 1-2 см) – 6 пациентов, декомпенсированные (сужение менее 1 см) – 8 больных. При субкомпенсированных стриктурах в предоперационном периоде проводилось бужирование стриктуры до состояния компенсации (3 см при дилатометрии), затем выполнялась сфинктеролевавторопластика. Больным с декомпенсированным стенозом одновременно выполняли сфинктеролевавторопластику с пластикой анального канала кожным трапецевидным лоскутом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде у 2 больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны, у 1 частичный некроз кожного трансплантата. Функция анального сфинктера восстановлена полностью у 13 (72,2%), недержание газа сохранилось у 4 (22,2%) и недержание жидкого кала – у 1 (5,6%).

ВЫВОДЫ. При недостаточности анального сфинктера в сочетании с сукомпенсированной стриктурой прямой кишки перед операцией показано поэтапное бужирование. При наличии декомпенсированной стриктуры показана одномоментная сфинктеролевавторопластика с кожной пластикой анального канала.

ПРОФИЛАКТИКА АНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

Муравьев А.В., Лысенко О.В., Лаврешин П.М.,
Муравьев К.А., Галстян А.Ш., Оверченко Д.Б.

«Ставропольский Государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота выявления рубцовых анальных стенозов после оперативных вмешательств колеблется в пределах 1,7-9%. Как самая частая причина развития стеноза анального канала большинством хирургов указывается геморроидэктомия.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Путем выявления склонности к развитию избыточного рубцеобразования, разработки и внедрения новой модификации операции, улучшить результаты лечения больных хроническим геморроем с предрасположенностью к грубому рубцеобразованию.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В исследование включены 316 больных хроническим геморроем, имевших склонность к развитию избыточного рубцевания.

Группу сравнения составили 168 пациентов. В основную группу включены 148 больных. Для прогнозирования развития избыточного рубцеобразования использована тест-система на основе магнимоносорбентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. У больных группы сравнения выполнена классическая геморроидэктомия.

Большим основной группы выполнена геморроидэктомия по разработанной нами методике.

Профилактика избыточного рубцеобразования включала: введение в/м 1 раз в 3 дня Лонгидазы № 10; нанесение геля Галодерм на фоне системной десенси-