

## 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-

билизирующей терапии; при наступлении эпителизации – ультрафонофорез с гелем Контрагубекс № 10-12; электрофорез с Лидазой 64 Ед № 10.

На фоне комплексного профилактического лечения у больных хроническим геморроем вероятность развития патологического рубцеобразования снижалась, в среднем, в 2,7 раза. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности лечения, включающего противорубцовую терапию и геморроидэктомию по нашей методике.

**ВЫВОДЫ.** 1. У пациентов, оперируемых по поводу хронического геморроя, для выбора метода хирургического вмешательства, необходимо выявлять предрасположенность к патологическому рубцеванию.

2. Предложенные лечебно-профилактическая тактика и модификация геморроидэктомии у больных хроническим геморроем со склонностью и избыточному рубцеобразованию позволили значительно уменьшить количество послеоперационных осложнений, улучшить функциональные результаты лечения.

## ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Мусин А.И.<sup>1,2</sup>, Ульянов А.А.<sup>2</sup>, Жижин Н.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра Госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова,

<sup>2</sup> ЗАО Центральная поликлиника Литфонда, Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В последние годы все чаще обсуждается вопрос о целесообразности и эффективности выполнения хирургических вмешательств в амбулаторных условиях, таких как геморроидэктомия, иссечение анальных трещин, свищей прямой кишки при заболеваниях анального канала. Это обусловлено внедрением стационара краткосрочного пребывания в городских колопроктологических центрах, совершенствованием методик и техник хирургических вмешательств, а так же появлением специализированного оборудования для выполнения операций.

**ЦЕЛЬ.** Оценить эффективность и безопасность выполнения хирургических вмешательств на анальном канале в амбулаторных условиях.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В ЗАО Центральная поликлиника Литфонда за период с 2015 по 2017 гг. выполнено 869 хирургических вмешательств. Из них 184 (21,2%) операции выполнены по поводу хронического геморроя, 288 (33,1%) вмешательств – по поводу анальных трещин, 86 (9,8%) – по поводу свищей прямой кишки. При 2 и 3 стадии геморроя нами использовался метод дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с мукопексией слизистой, при 4 стадии болезни – открытую геморроидэктомию. Иссечение анальных трещин проводилось стандартной методикой после дивульсии анального сфинктера. Анальные фистулы иссекались в просвет кишки при вовлечении 1/3 наружного сфинктера. При высоких транссфинктерных свищах выполнялась перевязка свищевого хода в межсфинктерном пространстве или лигатурный метод. Выбор анестезиологического пособия зависел от вида хирургического вмешательства, а также индивидуальных особенностей пациента. Для геморроидэктомии и иссечение высоких свищей использовалась исключительно спинномозговая анестезия. При анальных трещинах в 185 (64,2%) случаев – блокада полового нерва в сочетании местной инфильтрационной анестезией, у остальных 103 (35,7%) – спинномозговая анестезия. В послеоперационном периоде после стабилизации состояния больного и полного возвра-

щения двигательной активности пациенты отпускались домой с рекомендацией схемы медикаментозного лечения без назначения наркотических анальгетиков. Наблюдение осуществляли в амбулаторном кабинете колопроктолога на 1,3,7 день послеоперационного периода и затем 1 раз в неделю.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Послеоперационный период составил от 1 до 5 часов в зависимости от вида анестезиологического пособия. При спинномозговой анестезии у 2-х пациентов отмечена задержка мочи, которая потребовала катетеризации мочевого пузыря и назначения дополнительного медикаментозного лечения, на фоне чего явления дизурии купированы. Кровотечения из р/о раны отмечено у 4 (2,1%) пациентов: у 3-х после открытой геморроидэктомии и у одного – после дезартеризации геморроидальных узлов на 3 и 4 день, что в 3-х наблюдениях потребовало экстренной госпитализации пациента в колопроктологический стационар. У одного пациента, без значимых гемодинамических нарушений, остановка кровотечения выполнена в амбулаторных условиях, после чего пациент отпущен домой. Послеоперационный болевой синдром зависел от вида хирургического вмешательства с тенденцией к снижению после 3-х суток. Начиная с 3 недели, болевой синдром отмечался исключительно после дефекации. Полная трудовая активность, без выраженных физических нагрузок восстанавливалась, в среднем, на 11,4±3,2 суток после хирургического вмешательства.

**ВЫВОДЫ.** Выполнение хирургических операций анальной области в стационаре краткосрочного пребывания является эффективным способом лечения с минимальным количеством осложнений в послеоперационном периоде и приводит к быстрой реабилитации пациентов с восстановлением трудовой деятельности. Однако необходим взвешенный подход к принятию решения о возможности выполнения амбулаторных операций.

## ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА

Наврззов С.Н., Наруззов Б.С., Шаймарданов Э.К.

Республиканская клиническая больница, отделение колопроктологии, Ташкент, Узбекистан

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Стандартный сбор анамнеза при дисфункции тазового дна не всегда позволяет пациентке подробно рассказать о некоторых, особенно интимных симптомах. Многие пациентки при сборе анамнеза умалчивают о недержании мочи или стула, несмотря на прямой вопрос по этому поводу, что обуславливает неадекватный объем оперативного лечения и снижение качества жизни.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Анализировать результаты психометрического метода исследования у узбекскоговорящих пациенток при дисфункции тазового дна.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В отделении колопроктологии на базе 1-Республиканской клинической больницы изучен результат опроса 63 больных с дисфункцией тазового дна: из них 27 (42,9%) – с послеодовой анальной инконтиненцией (ПАИ), 23 (36,5%) с ректоцеле, 8 (12,7%) – с выпадением прямой кишки (ВПК) и 5 (7,9%) больных – сочетанным выпадением прямой кишки и матки (СВПКМ). Средний возраст больных составил 39,3±2,1 лет. Психометрический метод исследования проведен с помощью модифицированного в нашем отделении анкет-опросника Kings Health Questionnaire у узбекскоговорящих пациенток. При обработке данных анкет присваивались значения